PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.



WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr. JÓZEF KOWAL

ROK IX STYCZEŃ — LUTY 1934 r. ZESZYT 1

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
Dwumiesięcznik Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym.
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr. JÓZEF KOWAL.

TREŚĆ:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Świętokrzyska 27 m. 2.

Telefon Nr. 203-48. **Konto w P. K. O. Nr. 800.**

Związek Prywatnych Zakł. Ub. w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):

w Warszawie . . . . 3.00 złp.
na prowincji . . . . 3.30 złp.
zagranicą (rocznie) . . . . . . 6.60 złp.

CENA OGŁOSZEŃ:

Cała strona . . . . 40.00 złp.
Pół strony . . . . 25.00 „
1/4 strony . . . . 15.00 „

Cena zeszytu pojedyńczego — 1.25 złp.

ROK XIII STYCZEŃ—LUTY 1934 r. ZESZYT 1

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
DWUMIESIĘCZNIK
Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: DR. JÓZEF KOWAL

UBEZPIECZENIA PRYWATNE W R. 1933.

Ubiegły rok zaznaczył się w ubezpieczeniach dalszym spadkiem zbioru składki. Zjawisko to notujemy stale w ciągu ostatnich czterech lat zrzędu. Trudno obecnie osądzić, w jakim stopniu do ubytku zbioru składki w ubiegłym roku przyczyniły się z jednej strony spadek wartości dolara, a z drugiej trwająca depresja gospodarcza. Z tej czy innej przyczyny w każdym razie obrót Towarzystw Ubezpieczeń uległ dalszej zniżce i to dość poważnej, jak na uszczuplony już dotychczas bardzo znacznie stan portfelu ubezpieczeniowego. Należy przytem zauważyć, że w ostatnich kilku latach spadek ten uderza przedewszystkiem prywatne zakłady ubezpieczeń, podczas gdy spadek zbioru składki publicznych zakładów ubezpieczeń (w działach dobrowolnych) jest znacznie łagodniejszy. Nie znamy wyników tych zakładów za r. 1933, przypuszczamy jednak, że i w tym roku stan rzeczy ukształtuje się pomyślniej dla zakładów publicznych niż dla zakładów prywatnych, po części prawdopodobnie w związku z akcją, stwarzającą dla publicznych zakładów preferencje w pozyskiwaniu niektórych kategoryj ubezpieczeń, tak nowych jak i pokrywanych dotychczas w zakładach prywatnych.

Jak już zaznaczyliśmy na początku do ubytku w zbiorze składki przyczyniła się w pewnej mierze dewaluacja dolara, która wywołała potrzebę stosowanej na szerszą skalę zamiany ubezpieczeń dolarowych na ubezpieczenia opiewające na inną walutę, głównie na złote i na złote w złocie. Pociągnęło to za sobą wzrost manipulacji i korespondencji z klientami, a w dziale życiowym również i obliczeń technicznych. Tem niemniej jednak mimo wysiłków akwizycyjnych pewna część ubezpieczeń pozostała zdewaluowana.

Inkaso składek było w dalszym ciągu utrudnione. Absorbowało ono w dużej mierze Towarzystwa, które musiały poświęcić temu zagadnieniu wiele pracy i kosztów. Na terenie b. zaboru rosyjskiego stworzono w dziale ubezpieczeń od ognia i od kradzieży warunki umożliwiające uporządkowanie zagadnienia inkasa przez założenie wspólnych dla Towarzystw Biur Inkasowych. Ogólne położenie gospodarcze wymagało w dalszym ciągu dużego liberalizmu w zakresie kredytowania składki mimo że jego stosowa-



nie nie zgadza się z pojęciem ubezpieczenia, jako interesu par excellence gotówkowego.

O ile chodzi o szkodowość, to przebieg interesu ubezpieczeniowego w roku ubiegłym nie może być uznany jako pomyślny, zwłaszcza w największym dziale, t. j. w dziale ubezpieczeń od ognia.

Poniżej podajemy zestawienie zbioru składek i szkód zgłoszonych w r. 1933 wszystkich prywatnych zakładów. Dla porównania przytaczamy odpowiednie cyfry za rok 1932. Zaznaczamy przytem, że zestawienie to zostało sporządzone na podstawie prowizorycznych danych za rok 1933, które nie mogły być jeszcze uzgodnione z cyframi bilansowemi.

Zbiór składki w dziale życiowym wykazuje 24,47% spadku w porównaniu ze zbiorem z r. 1932. Nie mając dokładniejszych danych co do wpływu spadku dolara na wykazane dane, nie możemy wyciągnąć ostatecznych wniosków co do stanu portfelu życiowego, jakieby należało wysnuć z powyższej cyfry. Co do sumy zgłoszonych szkód nadmieniamy, że nie posiadamy jeszcze danych dotyczących sumy wypłaconych i zarezerwowanych wykupów, jak przypuszczamy, prawdopodobnie dość wysokiej, wskutek czego jakiekolwiek wnioski pod względem wyników handlowych szkodowości w dziale życiowym byłyby przedwczesne.

Dział ogniowy wykazuje ubytek w wysokości 12,83% poprzedniorocznej składki. Prawdopodobnie i tu również odegrał rolę spadek kursu dolara. Stosunek procentowy szkód do składki wynosi 61,92%, podczas gdy ten sam stosunek za r. 1932 wyniósł 60,22%. Należy zaznaczyć, że rozpiętość w przebiegu szkodowości u poszczególnych Towarzystw jest znaczna przyczem jednak większość Towarzystw wykazuje stosunek procentowy wyższy od powyższego przeciętnego, a u niektórych szkody dochodzą lub nawet przekraczają 100% zbioru składki. Przyczyniło się zapewne do tego kilka większych szkód, jakie w ubiegłym roku miały miejsce, przyczem należy zanotować, że w roku ubiegłym kilka Towarzystw poniosło szkodę o sumie najwyższej z pośród wszystkich dotychczas w Polsce wypłaconych szkód.

Zbiór składki w dziale ogniowym stanowił w r. 1932 — 36,62% a w r. 1933 — 38,74% ogólnego zbioru składki. Analogiczne stosunki dla działu życiowego wynoszą 40,98% i 37,56%, a dla obu tych działów łącznie 77,6% i 76,3%. Oba te działy stanowią zatem $^{3}/_{4}$ całego portfelu mniej więcej w równych częściach.

Z kolei największy zbiór składki wykazał w ubiegłym roku dział ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej, który jedyny wykazuje wzrost składki, wynoszący 10,02%.

Następnym co do wielkości jest dział ubezpieczeń od kradzieży, który wykazuje spadek składki o 11,45%. Przebieg szkód w tym dziale był niepomyślny, przyczem stosunek procentowy szkód do składki wynosił 71,58%.

Dalej w kolejności wysokości zbioru składki idą działy: transportowy, gradowy, wypadkowy, auto-casco i t. d., które wszystkie wykazują ubytek zbioru składki i poza dwoma mniejszemi działami normalny lub lepszy przebieg szkodowości.

Rezultaty cyfrowe poszczególnych działów według danych prowizorycznych przedstawiają się następująco:

Dział	Zbiór składek zł. gr.	Szkody zł. gr.	Stosunek % szkód do składek
Ubezp. na życie	27.923.064	7.121.977	25,51
(1932) . . .	(36.969.939)	(8.316.803)	(22,68)
Ogółem ubezp. od szkód . .	46.419.668	26.898.395	57,95
(1932) . . .	(53.248.687)	(34.146.399)	(64,13)
Ubezp. od ognia.	28 799.901	17.834.604	61,92
(1932) . . .	(33.039.135)	(19.897.597)	(60,22)
Ubezp. od odpow. cywiln. . .	3.535.279	1.559.068	44,10
(1932) . . .	(3.213.392)	(1.585.764)	(49,35)
Ubezp. od kradzieży	3.521.592	2.520.463	71,58
(1932) . . .	(3.977.092)	(2.571.399)	(64,66)
Ubezp. przewozowe	2.603.881	1.197.587	45,99
(1932) . . .	(2.538.131)	(2.236.760)	(88,13)
Ubezp. od gradobicia. . . .	2.468.516	764.151	30,95
(1932) . . .	(4.099.098)	(4.260.003)	(103,92)
Ubezp. od wypadków. . . .	1.742.102	919.752	52,79
(1932) . . .	(1.977.168)	(1.294.643)	(65,48)
Ubezp. samochodowe. . . .	1.694.346	734.565	43,35
(1932) . . .	(2.299.538)	(1.054.121)	(45,84)
Ubezp. szyb	728.388	685.656	94,13
(1932) . . .	(768.162)	(489.278)	(63,69)
Ubezp. trzody chlewnej. . .	526.215	548.817	104,27
(1932) . . .	(296.222)	(203.959)	(68,85)
Ubezp. maszyn od uszkodz. .	333.805	52.738	15,80
(1932) . . .	(416.559)	(107.145)	(25,72)
Ubezp. aero-casco	212.619	74.235	34,91
(1932) . . .	(268.988)	(424.792)	(157,92)
Ubezp. towarów i pakunków podróżnych	210.070	5.004	2,38
(1932) . . .	(240.288)	(7.083)	(2,95)
Ubezp. na wypadek przerwy w ruchu przedsiębiorstwa	29.979	37	0,12
(1932) . . .	(95.744)	(9.168)	(9,57)
Ubezp. od szkód wodociąg. .	10.076	398	3,95
(1932) . . .	(12.159)	(1.497)	(12,30)
Ubezp. koni	2.899	1.320	45,53
(1932) . . .	(7.011)	(3.190)	(45,43)

J. K.

RYZYKO I OSZCZĘDNOŚĆ W UBEZPIECZENIACH ŻYCIOWYCH.

(Dokończenie).

III.

Poniżej podajemy kilka przykładów, w związku z którymi trzeba zaznaczyć, iż składki $P_{xy,\overline{n|}}$ w wypadku $x \neq y$ zostały obliczone na podstawie wieku wyrównawczego (ξ,ξ), otrzymanego na podstawie formuły: $2\,c^{\xi} = c^{x} + c^{y}$ [7]). Z powodu zaś zaokrąglenia wieku ξ do liczby całkowitej różnice będą największe w tych wypadkach, w których zaokrąglenie było bardzo znaczne.

TABLICA 9.

Ubezpieczenie mieszane ze składką stałą.

$^0/_{00}$

n	$x-y$	ϑ	ξ	y	$P_{x,\overline{n\|}}$	$P_{y,\overline{n\|}}$	$P_{\xi\xi,\overline{n\|}}$	$P_{x,\overline{n\|}} + P_{y,\overline{n\|}} - P_{\xi\xi,\overline{n\|}}$	$P_{\overline{n\|}}$	$P_{xy,\overline{n\|}} = P_{x,\overline{n\|}} + P_{y,\overline{n\|}} - P_{\overline{n\|}}$
	0	0	25	25	48·15	48·15	50·28	46·02		50·26
	5	3	22	25	48·35	47·97	50·28	46·04		50·28
	9	5	20	25	48·65	47·91	50·28	46·28		50·52
	0	0	35	35	50·08	50·08	54·17	45·99		54·12
15	10	6	29	35	51·43	48·65	54·17	45·91	46·04	54·04
	15	10	25	35	51·83	48·15	54·17	45·81		53·94
	0	0	45	45	54·46	54·46	63·09	45·83		62·88
	12	7	38	45	58·51	51·06	63·09	46·48		63·53
	20	14	31	45	59·54	49·03	63·09	45·48		62·53
	0	0	25	25	33·03	33·03	35·57	30·49		35·56
	5	3	22	25	33·21	32·74	35·57	30·48		35·55
	9	5	20	25	33·68	32·62	35·57	30·73		35·80
	0	0	35	35	35·44	35·44	40·42	30·46		40·38
20	10	6	29	35	37·12	33·68	40·42	30·38	30·50	40·30
	15	10	25	35	37·62	33·03	40·42	30·23		40·15
	0	0	45	45	40·90	40·90	51·45	30·35		51·30
	10	7	38	45	45·90	36·65	51·45	31·10		52·05
	20	14	31	45	47·16	34·16	51·45	29·87		50·82

[7]) Tablica śmiertelności 𝔙 vor $\frac{76/05}{76/06}$ została — jak wiadomo — wyrównaną graficznie. Trzeba więc było przyporządkować tej tablicy prawo Gompertz - Makehama, by w ten sposób na podstawie stałej c tego prawa obliczyć wiek ξ z formuły:

$$\xi = y + \vartheta, \text{ gdzie } \vartheta = \frac{lg\left(\frac{1 + c^{x-y}}{2}\right)}{lg\ c}.$$

Metodą podaną przez A. Taubera (Über die Ausgleichung von Sterbetafeln nach der Gompertz - Makehamschen Formel, Mitteilungen des oester. Verbandes für Privatvers. anst., 1906),

TABLICA 9a.

Ubezpieczenie mieszane ze składką spadającą.

$^0/_{00}$

n	$x-y$	ϑ	ξ	y	$\overset{>}{P}_{x,\overline{n}\rvert}$	$\overset{>}{P}_{y,\overline{n}\rvert}$	$\overset{>}{P}_{\xi\xi,\overline{n}\rvert}$	$\overset{>}{P}_{x,\overline{n}\rvert}+\overset{>}{P}_{y,\overline{n}\rvert}-\overset{>}{P}_{\xi\xi,\overline{n}\rvert}$	$\overset{>}{P}_{\overline{n}\rvert}$	$\overset{>}{P}_{xy,\overline{n}\rvert}=\overset{>}{P}_{x,\overline{n}\rvert}+\overset{>}{P}_{y,\overline{n}\rvert}-\overset{>}{P}_{\overline{n}\rvert}$
	0	0	25	25	55·44	55·44	57·74	53·14		57·73
	5	3	22	25	55·64	55·24	57·74	53·14		57·73
	9	5	20	25	55·96	55·18	57·74	53·40		57·99
	0	0	35	35	57·50	57·50	61·91	53·09		61·85
15	10	6	29	35	58·97	55·96	61·91	53·02	53·13	69·80
	15	10	25	35	59·40	55·44	61·91	52·93		61·71
	0	0	45	45	62·21	62·21	71·38	53·04		71·29
	12	7	38	45	66·54	58·56	71·38	53·72		71·97
	20	14	31	45	67·64	56·37	71·38	53·63		70·88
	0	0	25	25	40·46	40·46	43·34	37·58		43·35
	5	3	22	25	40·77	40·14	43·34	37·57		43·34
	9	5	20	25	41·19	40·01	43·34	37·84		43·63
	0	0	35	35	43·17	43·17	48·72	37·62		48·77
20	10	6	29	35	45·05	41·19	48·72	37·52	37·57	48·67
	15	10	25	35	45·61	40·46	48·72	37·35		48·50
	0	0	45	45	49·23	49·23	60·68	37·78		60·89
	12	7	38	45	54·69	44·53	60·68	38·54		61·65
	20	14	31	45	56·06	41·73	60·68	37·11		60·22

Opierając się na uwadze zamieszczonej przy końcu poprzedniego paragrafu wnioskować można, że formuła Lidstona jest ważną również dla ubezpieczeń mieszanych z ustalonym terminem. Kombinując obecnie wszystkie dotychczas otrzymane wyniki, dochodzi się do następujących formuł, które nam pozwolą udowodnić formułę Lidstona dla składek brutto:

$$(29) \qquad \frac{1}{|_n a_{xy}} \cong \frac{1}{|_n a_x} + \frac{1}{|_n a_y} - \frac{1}{a_{\overline{n}\rvert}}$$

$$\frac{1}{\overset{>}{|_n a_{xy}}} \cong \frac{1}{\overset{>}{|_n a_x}} + \frac{1}{\overset{>}{|_n a_y}} - \frac{1}{\overset{>}{a_{\overline{n}\rvert}}}$$

$$\frac{|_n a_{xy}}{\overset{>}{|_n a_{xy}}} \cong \frac{|_n a_x}{\overset{>}{|_n a_x}} + \frac{|_n a_y}{\overset{>}{|_n a_y}} - \frac{a_{\overline{n}\rvert}}{\overset{>}{a_{\overline{n}\rvert}}}$$

---

obliczono:

$$c = 1.08223$$

i tak otrzymano:

$x-y$	ϑ
5	2·75
9	5·28
10	5·96
12	7·37
15	9·61
20	13·60

Na podstawie powyższych formuł łatwo stwierdzić słuszność formuł (26). Faktycznie mamy:

$$\Pi_{x,\overline{n|}} + \Pi_{y,\overline{n|}} - \Pi_{xy,\overline{n|}} = \left[(P_{x,\overline{n|}} + P_{y,\overline{n|}} - P_{xy,\overline{n|}}) + \alpha \left(\frac{1}{{}_{|n}a_x} + \frac{1}{{}_{|n}a_y} - \frac{1}{{}_{|n}a_{xy}} \right) + \gamma \right] \frac{1}{1-\beta} \simeq$$

$$\simeq \left[P_{\overline{n|}} + \frac{\alpha}{a_{\overline{n|}}} + \gamma \right] \frac{1}{1-\beta} = \Pi_{\overline{n|}} .$$

Analogicznie się stwierdza:

$$\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n|}} + \overset{>}{\Pi}_{y,\overline{n|}} - \overset{>}{\Pi}_{xy,\overline{n|}} \left[(\overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} + \overset{>}{P}_{y,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{xy,\overline{n|}}) + \alpha \left(\frac{1}{\overset{>}{{}_{|n}a_x}} + \frac{1}{\overset{>}{{}_{|n}a_y}} - \frac{1}{\overset{>}{{}_{|n}a_{xy}}} \right) + \right.$$

$$\left. + \gamma \left(\frac{{}_{|n}a_x}{\overset{>}{{}_{|n}a_y}} + \frac{{}_{|n}a_y}{\overset{>}{{}_{|n}a_y}} - \frac{{}_{|n}a_{xy}}{\overset{>}{{}_{|n}a_{xy}}} \right) \right] \frac{1}{1-\beta} \cong \left[\overset{>}{P}_{\overline{n|}} + \frac{\alpha}{\overset{>}{a_{\overline{n|}}}} + \gamma \frac{a_{\overline{n|}}}{\overset{>}{a_{\overline{n|}}}} \right] \frac{1}{1-\beta} = \overset{>}{\Pi}_{\overline{n|}} .$$

W następujących przykładach przyjęliśmy:

$\alpha = 40^0/_{00}$ (koszta akwizycji),
$\beta = 0.03$ (koszta inkasa),
$\gamma = 4^0/_{00}$ (koszta administracji),

co odpowiada dodatkom przepisanym przez Urząd Nadzoru dla ubezpieczeń z badaniem lekarskiem.

TABLICA 10.

Ubezpieczenie mieszane ze składką stałą.

$^0/_{00}$

n	$x-y$	ϑ	y	ξ	$\Pi_{x,\overline{n\|}}$	$\Pi_{y,\overline{n\|}}$	$\Pi_{\xi\xi,\overline{n\|}}$	$\Pi_{x,\overline{n\|}} + \Pi_{y,\overline{n\|}} - \Pi_{\xi\xi,\overline{n\|}}$	$\Pi_{\overline{n\|}}$	$\Pi_{xy,\overline{n\|}} = \Pi_{x,\overline{n\|}} + \Pi_{y,\overline{n\|}} - \Pi_{\overline{n\|}}$
	0	0	25	25	57·53	57·53	59·80	55·26		59 80
	5	3	22	25	57·74	57·33	59·80	55·27		59.81
	9	5	20	25	58·06	57·27	59·80	55·53		60·07
	0	0	35	35	59·59	59·59	63·98	55·20		63·92
15	10	6	29	35	61·04	58·05	63·98	55·12	55·26	63·84
	15	10	25	35	61·47	57·53	63·98	55·02		63·74
	0	0	45	45	64·29	64·29	73·54	55·04		73·32
	12	7	38	45	68·63	60·64	73·54	55·93		74·01
	20	14	31	45	69·73	58·46	73·54	54·65		72·93
	0	0	25	25	41·31	41·31	44·04	38·58		44·02
	5	3	22	25	41·61	41·00	44·04	38·57		44·01
	9	5	20	25	42·01	40·88	44·04	38·85		44·29
	0	0	35	35	43·90	43·90	49·24	38·55		49·20
20	10	6	29	35	45·70	42·01	49·24	38·47	38·60	49·11
	15	10	25	35	46·24	41·31	49·24	38·31		48·95
	0	0	45	45	49·75	49·75	61·06	38·44		60·90
	12	7	38	45	55·11	45·20	61·06	39·25		61·71
	20	14	31	45	56·46	42·53	61·06	37·93		60·39

TABLICA 10a.

Ubezpieczenie mieszane ze składką spadającą.

$^0/_{00}$

n	$x-y$	ϑ	y	ξ	$\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n}\rceil}$	$\overset{>}{\Pi}_{y,\overline{n}\rceil}$	$\overset{>}{\Pi}_{\xi\xi,\overline{n}\rceil}$	$\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n}\rceil}+\overset{>}{\Pi}_{y,\overline{n}\rceil}-\overset{>}{\Pi}_{\xi\xi,\overline{n}\rceil}$	$\overset{>}{\Pi}_{\overline{n}\rceil}$	$\overset{>}{\Pi}_{xy,\overline{n}\rceil}=\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n}\rceil}+\overset{>}{\Pi}_{y,\overline{n}\rceil}-\overset{>}{\Pi}_{\overline{n}\rceil}$
	0	0	25	25	66·24	66·24	68·67	63·81		68·71
	5	3	22	25	66·44	66·02	68·67	63·79		68·69
	9	5	20	25	63·79	65·96	68·67	64·08		68·98
	0	0	35	35	68·43	68·43	73·12	63·74		73·04
15	10	6	29	35	69·99	66·79	73·12	63·66	63·77	73·01
	15	10	25	35	70·45	66·24	73·12	63·57		72·92
	0	0	45	45	73·44	73·44	83·22	63·66		83·11
	12	7	38	45	78·05	69·54	83·22	64·38		83·84
	20	14	31	45	79·21	67·22	83·22	63·21		82·66
	0	0	25	25	50·62	50·62	53·66	47·58		53·69
	5	3	22	25	50·93	50·27	53·66	47·54		53·65
	9	5	20	25	51·37	50·14	53·66	47·85		53·96
	0	0	35	35	53·49	53·49	59·35	47·63		59·43
20	10	6	29	35	55·46	51·37	59·35	47·48	47·55	59·28
	15	10	25	35	56·05	50·62	59·35	47·32		59·12
	0	0	45	45	59·88	59·88	72·02	47·74		72·19
	12	7	38	45	65·67	54·91	72·02	48·56		73·03
	20	14	31	45	67·12	51·95	72·02	47·05		71·52

§ 4. *Obliczenie nadskładek sanitarnych.*

„Nadskładką” sanitarną netto nazywa się różnicę między składką netto obliczoną według tablicy normalnej (w naszym wypadku: tablica $\mathfrak{B}\frac{76/05}{76/06}$) a składką obliczoną np. według tablicy, w której prawdopodobieństwa śmierci są o $100k\%$ wyższe od prawdopodobieństw śmierci tablicy normalnej, t. j. $q_x^{(k)} = (1+k)q_x$. Możemy sobie również wyobrazić, iż tworzy się tablice dla ryzyk anormalnych, przy których $\overline{q}_x = q_x + \Delta$, t. j. tablice, które się otrzymuje podwyższając adytywnie prawdopodobieństwa śmierci tablicy normalnej.

W niniejszej pracy chcemy się jednak ograniczyć do reguły multyplikatywnej, t. j. do najczęściej w praktyce używanej metody podwyższenia śmiertelności o 50%, 100% i t. d. Wychodząc z tej zasady, tworzy się zazwyczaj tablice podwyższonej śmiertelności $[\,l_x^{(k)}\,]$ dla pewnych tylko wartości k, np. dla $k = \frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ i t. d. i na podstawie tych tablic oblicza się potem składki $P^{(k)}$, odpowiadające 100 k procentowej nadśmiertelności. Nadskładka sanitarna wynosi według definicji $P^{(k)} - P$; dla parametrów k, dla których tablic niema, składki $P^{(k)}$ oblicza się przez interpolację.

Naszem obecnem zadaniem jest udowodnić, że przy ubezpieczeniach mieszanych nadskładka $d^{(k)}_{x,\overline{n}\rceil} = P^{(k)}_{x,\overline{n}\rceil} - P_{x,\overline{n}\rceil}$ jest funkcją linjową nadśmiertelności, z czego wyniknie, iż dla obliczenia nadskładek sanitarnych

przy ubezpieczeniach mieszanych można ominąć użycia tablic $[l_x^{(k)}]$ [8]. Twierdzimy więc, iż dla składek netto:

$$(30) \qquad \begin{aligned} d^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= P^{(k)}_{x,\overline{n|}} - P_{x,\overline{n|}} = k\,(P_{x,\overline{n|}} - P_{\overline{n|}})\,, \\ \overset{>}{d}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \overset{>}{P}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} = k\,(\overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{\overline{n|}}) \end{aligned}$$

i że dla składek brutto:

$$(31) \qquad \begin{aligned} \Delta^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \Pi^{(k)}_{x,\overline{n|}} - \Pi_{x,\overline{n|}} = k\,(\Pi_{x,\overline{n|}} - \Pi_{\overline{n|}}) \\ \overset{>}{\Delta}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \overset{>}{\Pi}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n|}} = k\,(\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{\Pi}_{\overline{n|}})\,, \end{aligned}$$

gdzie

$$(32) \qquad \begin{aligned} \Pi^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \left(P^{(k)}_{x,\overline{n|}} + \frac{\alpha}{{}_{|n}a^{(k)}_x} + \gamma\right)\frac{1}{1-\beta}\,, \\ \overset{>}{\Pi}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \left(\overset{>}{P}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} = \frac{\alpha}{{}_{|n}\overset{>}{a}{}^{(k)}_x} + \gamma\,\frac{{}_{|n}a^{(k)}_x}{{}_{|n}\overset{>}{a}{}^{(k)}_x}\right)\frac{1}{1-\beta}\,. \end{aligned}$$

Dowód poprzedniego twierdzenia da się przeprowadzić bezpośrednio na podstawie rozumowań niniejszej pracy. Rozważając bowiem rozkład składki na część oszczędnościową i na część ryzyka, widzimy, iż sąd lekarski odnośnie do podwyższenia śmiertelności o 100 k % wyraża się technicznie w podwyższeniu składki ryzyka o 100 k %, t. j. nadskładka sanitarna w t tym roku ubezpieczeniowym wynosi:

$$d_t^{(k)} = k \,.\, P_t'' = k \,.\, v \,.\, q_{x+t-1}\,(1 - V_t)$$

Dla średniej wszystkich składek ryzyka wywiedliśmy w § 2. z dość dużą dokładnością następujący wzór:

$$M(P_t'') = \begin{cases} P_{x,\overline{n|}} - P_{\overline{n|}} & \text{dla ubezpieczenia mieszanego ze składką stałą,} \\ \overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{\overline{n|}} & \text{dla ubezpieczenia mieszanego ze składką spadającą,} \end{cases}$$

a ze względu na to, że „średnia" wszystkich nadskładek sanitarnych $d_t^{(k)}$ jest równą nadskładce sanitarnej $d^{(k)}_{x,\overline{n|}}$, otrzymujemy:

$$d^{(k)}_{x,\overline{n|}} = M(d_t^{(k)}) = kM(P_t'') = k(P_{x,\overline{n|}} - P_{\overline{n|}}) \quad \text{dla ubezpieczenia mieszanego ze składką stałą,}$$

i

$$\overset{>}{d}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} = M(\overset{>}{d}{}_t^{(k)}) = kM(\overset{>}{P}_t'') = k(\overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{\overline{n|}}) \quad \text{dla ubezpieczenia mieszanego ze składką spadającą.}$$

Następujące tablice dają obraz dokładności obliczenia składki dla ryzyk anormalnych na podstawie formuł:

$$(33) \qquad \begin{aligned} P^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= P_{x,\overline{n|}} + k(P_{x,\overline{n|}} - P_{\overline{n|}}) \\ \text{wzgl.} \quad \overset{>}{P}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} &= \overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} + k(\overset{>}{P}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{P}_{\overline{n|}})\,. \end{aligned}$$

---

[8]) H. Koeppler: Zur Berechnung der Zuschlagoprâmien und erhöhten Prâmien. „Zeitschrift für das gesammte Versicherungswesen", Vol. 23.
O. Gruder: Die Versicherung anormaler Leben in Österreich, Sprawozdanie 8-go Kongr. Aktuar. w Londynie.

TABLICA 11.

Ubezpieczenie mieszane ze składką stałą.

°/oo

n	x	$P_{\overline{n}\vert}$	Składki $P_{x,\overline{n}\vert}$ według tablicy normalnej	Składki $P^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności – ścisłe	Składki $P^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności – według (33)	Składki $P^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności – ścisłe	Składki $P^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności – według (33)
10	25	77·87	79·64	81·42	81·41	83·23	83·18
	35		81·10	84·39	84·33	87·74	87·56
	45		84·52	91·42	91·17	98·52	97·82
15	25	46·04	48·15	50·29	50·26	52·46	52·37
	35		50·07	54·20	54·10	58·40	58·13
	45		54·46	63 23	62·86	72·31	71·28
20	25	30·50	33·03	35·59	35·56	38·18	38·09
	35		35·44	40·47	40·38	45·60	45·32
	45		40·90	51·65	51·30	62·63	61·70
25	25	21·48	24·48	27.52	27·48	30·59	30·48
	35		27·44	33.48	33·40	39·52	39·36
	45		34·09	46·77	46·70	59·29	59·31

TABLICA 11a.

Ubezpieczenie mieszane ze składką spadającą.

°/oo

n	x	$\overset{>}{P}_{\overline{n}\vert}$	Składki $\overset{>}{P}_{x,\overline{n}\vert}$ według tablicy normalnej	Składki $\overset{>}{P}^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności – ścisłe	Składki $\overset{>}{P}^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności – według (33)	Składki $\overset{>}{P}^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności – ścisłe	Składki $\overset{>}{P}^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności – według (33)
10	25	84·18	86·01	87·87	87·74	89·75	89·47
	35		87·52	90·93	90·86	94·31	94·20
	45		91·08	98·18	97·98	105·48	104·88
15	25	53·13	55·44	57·75	57·75	60·10	60·06
	35		57·50	61·94	61·87	66·43	66·24
	45		62·21	71·54	71·29	81·06	80·37
20	25	37·57	40·16	43·35	43·35	46·27	46·44
	35		43·17	48·77	48·77	54·40	54·37
	45		49·23	60.89	60·89	72·47	72·45
25	25	28·19	31·79	35·37	35·39	39·92	38·99
	35		35·25	42·15	42·31	48·87	49·37
	45		42·80	56·65	57·41	69·76	72·02

Teraz korzystamy ponownie z uwagi, że osiągnięte wyniki stosują się również do ubezpieczeń mieszanych z ustalonym terminem; na podstawie tego otrzymujemy następujące relacje, które nam posłużą, podobnie jak w § 3, do udowodnienia formuł (31), dotyczących składek brutto:

(34)
$$\frac{1}{{}_{|n}a_x^{(k)}} \cong \frac{1}{{}_{|n}a_x} + k\left(\frac{1}{{}_{|n}a_x} - \frac{1}{a_{\overline{n|}}}\right)$$

$$\frac{1}{{}_{|n}\overset{>}{a}{}_x^{(k)}} \cong \frac{1}{{}_{|n}\overset{>}{a}_x} + k\left(\frac{1}{{}_{|n}\overset{>}{a}_x} - \frac{1}{\overset{>}{a}_{\overline{n|}}}\right)$$

$$\frac{{}_{|n}a_x^{(k)}}{{}_{|n}\overset{>}{a}{}_x^{(k)}} \cong \frac{{}_{|n}a_x}{{}_{|n}\overset{>}{a}_x} + k\left(\frac{{}_{|n}a_x}{{}_{|n}\overset{>}{a}_x} - \frac{a_{\overline{n|}}}{\overset{>}{a}_{\overline{n|}}}\right).$$

Na podstawie powyższych formuł możemy stwierdzić z łatwością prawdziwość (31). Faktycznie otrzymujemy:

$$\Pi^{(k)}_{x,\overline{n|}} = \left[\Pi^{(k)}_{x,\overline{n|}} + \frac{\alpha}{{}_{|n}a_x^{(k)}} + \gamma\right]\frac{1}{1-\beta} =$$

(35)
$$= \left[P_{x,\overline{n|}} + k\,(P_{x,\overline{n|}} - P_{\overline{n|}}) + \frac{\alpha}{{}_{|n}a_x} + k\,.\,\alpha\,.\left(\frac{1}{{}_{|n}a_x} - \frac{1}{a_{\overline{n|}}}\right) + \gamma\right]\frac{1}{1-\beta}$$

$$= \left(P_{x,\overline{n|}} + \frac{\alpha}{{}_{|n}a_x} + \gamma\right)\frac{1}{1-\beta} + k\left[P_{x,\overline{n|}} + \frac{\alpha}{{}_{|n}a_x} + \gamma - P_{\overline{n|}} - \frac{\alpha}{a_{\overline{n|}}} - \gamma\right]\frac{1}{1-\beta}$$

$$= \Pi_{x,\overline{n|}} + k\,[\Pi_{x,\overline{n|}} - \Pi_{\overline{n|}}]\,.$$

Analogicznie wywodzi się:

(36)
$$\overset{>}{\Pi}{}^{(k)}_{x,\overline{n|}} = \overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n|}} + k\left[\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n|}} - \overset{>}{\Pi}_{\overline{n|}}\right].$$

Kładąc ponownie:

$\alpha = 40^0/_{00}$ (koszta administracji),

$\beta = 0.03$ (koszta inkasa),

$\gamma = 4^0/_{00}$ (koszta administracji),

otrzymuje się następujące tablice:

TABLICA 12.

Ubezpieczenie mieszane ze składką stałą.

$^0/_{00}$

n	x	$\Pi_{\overline{n}\vert}$	Składki $\Pi_{x,\overline{n}\vert}$ według tablicy normalnej	Składki $\Pi^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności — ścisłe	Składki $\Pi^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności — według (35)	Składki $\Pi^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności — ścisłe	Składki $\Pi^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności — według (35)
10	25	89·39	91·29	93·20	93·19	95·14	95·09
	35		92·86	96·38	96·33	99·97	99·80
	45		96·52	103·92	103·65	111·53	110·78
15	25	55·26	57·53	59·82	59 80	62·15	62·07
	35		59·59	64·01	63·92	68·52	68·25
	45		64·29	73·70	73·32	83·31	82·35
20	25	38.60	41·31	44·06	44·02	46·84	46·73
	35		43·90	49·29	49 20	54·79	54·50
	45		49·75	61·28	60·90	73·05	72·05
25	25	28·92	32·14	35·40	35·36	38·70	38·58
	35		35·32	41·80	41·72	48·27	48·12
	45		42·45	56·05	55·98	69·47	69·51

TABLICA 12a.

Ubezpieczenie mieszane ze składką spadającą.

$^0/_{00}$

n	x	$\overset{>}{\Pi}_{\overline{n}\vert}$	Składki $\overset{>}{\Pi}_{x,\overline{n}\vert}$ według tablicy normalnej	Składki $\overset{>}{\Pi}{}^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności — ścisłe	Składki $\overset{>}{\Pi}{}^{(1)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 100 procentowej nadśmiertelności — według (36)	Składki $\overset{>}{\Pi}{}^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności — ścisłe	Składki $\overset{>}{\Pi}{}^{(2)}_{x,\overline{n}\vert}$ dla 200 procentowej nadśmiertelności — według (36)
10	25	96·62	98·59	100·57	100·56	102.59	102·53
	35		100·21	103·85	103·80	107.47	107·39
	45		104·01	111·60	111·40	119.40	118·79
15	25	63·77	66·24	68·70	68·71	71·21	71·18
	35		68·43	73·15	73·09	77·95	77·75
	45		73·44	83·39	83·11	93·39	92·78
20	25	47·55	50·62	53·68	53·65	56·76	56·70
	35		53·49	59·40	59·43	65·36	65·37
	45		59·88	72·24	72·21	84·53	84·54
25	25	37·97	41·74	45·50	45·51	49·24	49·28
	35		45·37	52·62	52·77	59·69	60·17
	45		53·50	67·89	69·03	81·74	84·56

Dr. M. Jacob

(Trieste, Assicurazioni Generali).

ZASADY ODSZKODOWANIA W UBEZPIECZENIU OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM.

Za podstawę do obliczenia wysokości szkody w ubezpieczonych przedmiotach służy wartość ubezpieczeniowa (odszkodowawcza), jaką te przedmioty miały bezpośrednio przed zajściem wypadku szkody. Co należy uważać za wartość odszkodowawczą? Kwestja ta nie we wszystkich ogólnych warunkach jest sprecyzowana. Podaję więc, że za wartość odszkodowawczą należy uważać:

a) przy ruchomościach domowych i innych przedmiotach użytku domowego, przy maszynach i narzędziach pracy — koszt nabycia w chwili zajścia wypadku takiego samego rodzaju i gatunku przedmiotów z uwzględnieniem potrącenia z tytułu zmniejszenia się wartości wskutek starości, zużycia, zmiany konstrukcji lub systemu, mody albo innej przyczyny;

b) przy towarach i półfabrykatach, których wytwórcą jest sam ubezpieczający — koszty wytworzenia towaru lub półfabrykatu w czasie zajścia szkody, w obu jednak wypadkach najwyżej wartość sprzedażna;

c) przy towarach, półfabrykatach tudzież surowcach, ziemiopłodach i innych produktach, nie pochodzących z produkcji ubezpieczającego — przeciętna cena przedmiotu tej samej jakości w dniu wypadku, przy inwentarzu żywym — wartość, jaką ten miał bezpośrednio przed zajściem wypadku;

d) przy oficjalnie notowanych papierach wartościowych przeciętny kurs według ostatniej dziennej ceduły giełdy warszawskiej przed zajściem wypadku;

e) przy innych przedmiotach — o ile się inaczej nie umówiono — wartość przedmiotu w czasie wypadku.

Przy określaniu zmniejszenia się wartości ubezpieczonych przedmiotów wskutek ich zniszczenia lub uszkodzenia należy uwzględniać przydatność pozostałych przedmiotów lub ich części do naprawy, do dalszego użytku lub do dalszej wytwórczości. Przy poszczególnych przedmiotach, należących do jednej całości (serwisy, garnitury, kolekcje) zmniejszenie wartości, jakiemu uległy pozostałe nieuszkodzone przedmioty wskutek zniszczenia, kradzieży lub uszkodzenia innych przedmiotów, należących do całości, uwzględnia się tylko wówczas, gdy to zostało wyraźnie zastrzeżone w umowie. Przy ubezpieczeniu ruchomości domowych nie potrzeba do tego specjalnej umowy, o ile chodzi o przedmioty codziennego użytku bez wartości artystycznej, naukowej lub kolekcjonerskiej.

Przystępując do omówienia zasad, dotyczących określenia sumy odszkodowania, będę miał okazję do rozpatrzenia kwestji, z którą w dziale ubezpieczeń od kradzieży ciągle się stykamy, mianowicie kwestji trzech systemów ubezpieczenia:

1) systemu pełnej wartości,
2) „ ułamkowego,
3) „ pierwszego ryzyka.

Co to jest ubezpieczenie w pełnej wartości? Konstrukcja tego systemu oparta jest na założeniu, że suma ubezpieczenia rozkłada się na całe mienie zgłoszone do ubezpieczenia. Zasadę tę zrozumiemy, jeżeli wyjaśnimy

dokładnie sposób określenia odszkodowania przy założeniu, które przed chwilą podałem.

Oznaczmy sumę ubezpieczenia . . . . U
„ wartość ubezpieczonego mienia w chwili wypadku W
„ szkodę . . . . S
„ odszkodowanie . . . . O

Jeżeli mienie, przedstawiające w chwili wypadku wartość W, jest ubezpieczone na sumę U, to każda jednostka wartości tego mienia jest ubezpieczona na sumę

$$\frac{U}{W}.$$

Jeżeli zatem szkoda wynosi S, to szkodzie tej odpowiada pokrycie ubezpieczeniowe, czyli odszkodowanie w wysokości:

$$O = S \cdot \frac{U}{W}.$$

Praktyczne zastosowanie tego wzoru ma miejsce wówczas, gdy

$$W \geqslant U$$

t. j. gdy wartość w chwili wypadku jest równa lub większa od sumy ubezpieczenia. Jeżeli bowiem $W < U$, czyli jeżeli wartość jest mniejsza od sumy ubezpieczenia, wówczas ułamek $\frac{U}{W} > 1$, a przeto z wzoru

$$O = S \cdot \frac{U}{W}$$

wypadłoby, że $O > S$, t. j. że odszkodowanie przewyższałoby szkodę.

Ponieważ byłoby to sprzeczne z zasadą, że ubezpieczenie nie może prowadzić do zbogacenia się, przeto w wypadku, gdy wartość ubezpieczonych przedmiotów nie przewyższa sumy ubezpieczenia, odszkodowanie zastaje określone w wysokości ustalonej szkody.

Jak się będzie przedstawiała sprawa, gdy wartość przewyższa sumę ubezpieczenia, czyli gdy $W > U$?

Wzór odszkodowania pozostaje w formie

$$O = S \cdot \frac{U}{W}.$$

Wzór ten można przekształcić w proporcję:

$$\frac{O}{S} = \frac{U}{W}$$

którą wyrazimy w sposób następujący:

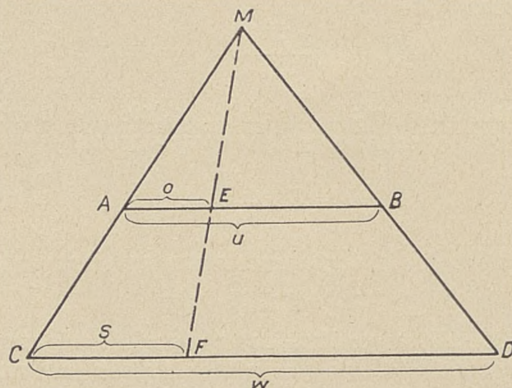
Jeżeli ogólna wartość przed wypadkiem przewyższa sumę ubezpieczenia, odszkodowanie zostaje określone z proporcji, w której odszkodowanie tak się ma do szkody, jak suma ubezpieczenia do ogólnej wartości.

Wzór do obliczenia odszkodowania $O = S\frac{U}{W}$ przy $W > U$ wskazuje, że $\frac{U}{W} < 1$ a więc $O < S$, czyli odszkodowanie jest zawsze mniejsze od szkody.

Przy S = W, O = U, czyli że przy szkodzie całkowitej (totalnej) odszkodowanie równa się sumie ubezpieczenia.

Graficzne zobrazowanie.

AB oznacza sumę ubezpieczenia u
CD „ „ wartości w
CF „ „ szkody s
AB || CD.



Odcinkowi CF, oznaczającemu szkodę (s), odpowiada odcinek AE, wyrażający odszkodowanie (e), a powstały z przeprowadzenia prostej MF z wierzchołka trójkąta M, ponieważ

$$\frac{AE}{CF} = \frac{AB}{CD} \text{ czyli } \frac{o}{s} = \frac{u}{w}.$$

Jeśli punkt F posuwać będziemy w prawo, zwiększając wartość odcinka CF, aż do punktu D, to gdy s = w, linja MF pokryje linje MD i o = u. Potwierdza się tu w sposób graficzny wyżej przytoczona zasada odszkodowania straty całkowitej.

Przechodzę do systemu ułamkowego. Polega on na tem, że suma ubezpieczenia zostaje ustalona jako ściśle określona część zadeklarowanej wartości przedmiotów ubezpieczonych.

W większości ogólnych warunków, obowiązujących obecnie w Polsce, nie spotykamy się z nazwą „ubezpieczenie ułamkowe", gdyż system ten został w tych warunkach zamieszczony w rozdziale, gdzie jest mowa o ubezpieczeniu na pierwsze ryzyko.

Jakkolwiek system ułamkowy ma pewną wspólną cechę z pierwszem ryzykiem, wszakże wskazane jest traktowanie ubezpieczenia ułamkowego jako systemu odrębnego, raczej bardziej zbliżonego do ubezpieczenia w pełnej wartości.

Dlatego też przy opracowywaniu nowych warunków odpowiedni przepis będzie inaczej zredagowany, co zostało już uwzględnione w projekcie, opracowanym przez Komitet Taryfowy Zrzeszenia Towarzystw Ubezpieczeń od Kradzieży.

System ułamkowy ma zastosowanie wyłącznie w ubezpieczeniu towarów i to tylko wówczas, gdy wartość towarów osiąga sumy przewidziane

w taryfie. Konstrukcja tego systemu opiera się na założeniu, że im większy jest zapas towarów, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo całkowitej szkody. A stąd wynika, że w miarę zwiększania się zapasu towarów na składzie zmniejsza się stosunek maksymalnej szkody do zapasu towarów. Inaczej mówiąc, przy wielkich zapasach pewna część towarów jest wolna od niebezpieczeństwa kradzieży, gdyż złodzieje — w praktyce — nie mogą zabrać wszystkiego. Ponieważ zaś przy małych zapasach towarów zachodzi możliwość kradzieży całkowitego zapasu, na tem więc oparty jest przepis taryfy, dopuszczający stosowanie systemu ułamkowego — jak to już zaznaczyłem — dopiero wówczas, gdy zapasy towarów osiągają pewne sumy.

Obliczenie odszkodowania przy systemie ułamkowym przedstawia się jak następuje:

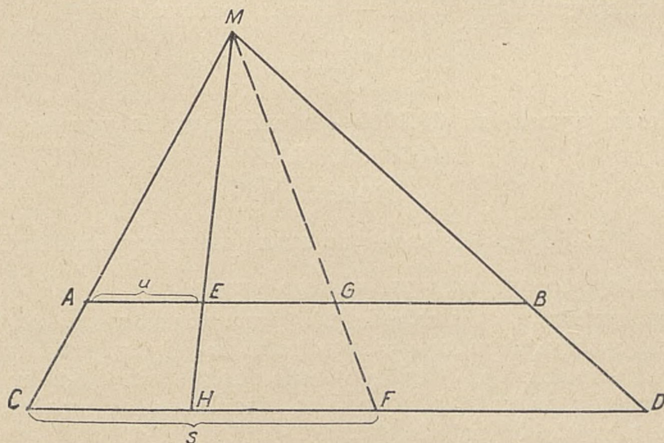
Jeżeli wartość ubezpieczonych przedmiotów przed kradzieżą nie przewyższa wartości, z której w polisie wyprowadzono sumę ubezpieczenia, wówczas — w przypadku, gdy szkoda nie przewyższa sumy ubezpieczenia — odszkodowanie zostaje określone w wysokości ustalonej szkody, — w przypadku zaś, gdy szkoda przewyższa sumę ubezpieczenia — odszkodowanie zostaje określone w wysokości sumy ubezpieczenia.

Przykład:

Zadeklarowana (polisowa) wartość towarów . . .	zł.	100.000.—
suma ubezpieczenia 10%	„	10.000.—
wartość w dniu kradzieży	„	80.000.—
Jeśli szkoda wynosi zł. 5.000.—, odszkodowanie wynosi	zł.	5.000.—
„ „ „ „ 20.000.— „ „	„	10.000.—

Charakterystyczne dla systemu ułamkowego obliczenie odszkodowania występuje dopiero wówczas, gdy wartość ubezpieczonych przedmiotów przed kradzieżą przewyższa wartość, z której w polisie wyprowadzono sumę ubezpieczenia.

Przedstawimy to graficznie w sposób, zastosowany poprzednio przy ubezpieczeniu w pełnej wartości.



Prosta AB oznacza wartość zadeklarowaną, odcinek AE = u (stanowiący część AB) oznacza sumę ubezpieczenia. Prosta CD || AB oznacza wartość w dniu kradzieży.

Odetnijmy na prostej CD odcinek CF, oznaczający szkodę (s).

Jeżeli punkt F połączymy prostą z punktem M, stanowiącym wierzchołek trójkąta CMD, i punkt przecięcia tej prostej z prostą AB oznaczymy G, to

$$\frac{AG}{CF} = \frac{AB}{CD} \text{ czyli } \frac{AG}{\underset{\text{(szkoda)}}{s}} = \frac{\text{wartość zadeklarowana}}{\text{wartość w chwili kradzieży}}.$$

Odcinek AG powinien stanowić sumę odszkodowania. Ponieważ jednak granicą odpowiedzialności jest suma ubezpieczenia, więc w danym wypadku odcinkowi CF, przedstawiającemu szkodę, odpowiadać będzie odcinek AE (u), wyrażający sumę ubezpieczenia.

Jeśli z punktu M przeprowadzimy prostą przez punkt E aż do przecięcia z linją CD w punkcie H, to odcinkom, przeprowadzonym od punktu C na prostej CH, wyrażającym szkody, odpowiadać będą odcinki na prostej AE, wyrażające odszkodowanie, a powstałe z przecięcia prostych poprowadzonych z punktu M do końców odcinków na linji CH.

Stąd łatwo dochodzimy do formułki obliczenia odszkodowania, mianowicie:

Jeżeli wartość ubezpieczonych przedmiotów bezpośrednio przed kradzieżą przewyższa wartość, z której w polisie wyprowadzono sumę ubezpieczenia, wówczas odszkodowanie zostaje określone w granicach sumy ubezpieczenia z proporcji, w której odszkodowanie tak się ma do szkody, jak wartość podana w polisie do wartości przed kradzieżą.

Przykład:

Zadeklarowana (polisowa) wartość towarów . . .	zł. 100.000.—
suma ubezpieczenia 10%	„ 10.000.—
wartość w dniu kradzieży	„ 200.000.—

Jeśli szkoda wynosi zł. 5.000.— odszkodowanie wynosi

$$\frac{5000 \,.\, 100000}{200000} = 2.500$$

Jeśli szkoda wynosi zł. 30.000.— odszkodowanie wynosi

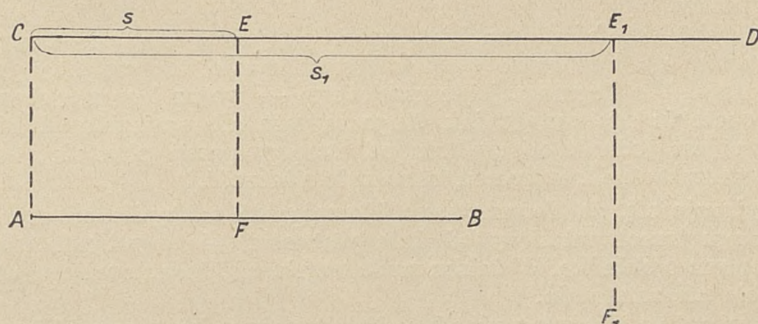
$$\frac{30000 \,.\, 100000}{200000} =$$

= 15.000 zmniejszone do sumy ubezpieczenia czyli = 10.000.

Przechodzimy do systemu pierwszego ryzyka.

Przy tym systemie, gdy szkoda nie przewyższa sumy ubezpieczenia, odszkodowanie zostaje określone w wysokości szkody, gdy zaś szkoda przewyższa sumę ubezpieczenia, odszkodowanie zostaje określone w wysokości sumy ubezpieczenia, w każdym wypadku niezależnie od wartości ubezpieczonego mienia w chwili zajścia szkody.

Graficznie przedstawia się to jak następuje:



Prosta AB oznacza sumę ubezpieczenia, prosta CD || AB — wartość w chwili wypadku.

Na prostej CD odcinamy odcinek CE, oznaczający szkodę (s), punkt C łączymy z A, z punktu E prowadzimy równoległą do AC, przecięcie z linją AB oznaczamy F. Odcinek AF = CE wyraża odszkodowanie.

Jeśli szkoda będzie większa, wyrazi się to graficznie w ten sposób, że punkt E trzeba przesunąć na prawo np. do punktu E_1. Jeśli $CE_1 > AB$ to prosta E_1F_1 || AC nie przetnie się z odcinkiem AB, wyrażającym sumę ubezpieczenia. Oznacza to, że odszkodowanie w tym wypadku wyrażać będzie odcinek AB, stanowiący sumę ubezpieczenia.

Witold Jezierski.

PŁATNOŚĆ SKŁADKI A ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA.

Przepisy, obowiązujące na ziemiach Polski odnośnie do inkasa składki za ubezpieczenie oraz łączącej się z tem odpowiedzialności za wypadki są następujące:

W byłym zaborze austrjackim podstawą prawną jest ustawa z dnia 23 grudnia 1917 r. o kontrakcie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma wedle tej ustawy (§ 23) uiścić umówioną składkę. Ponieważ umowa o ubezpieczenie dochodzi do skutku z chwilą zaakceptowania postawionego Towarzystwu Ubezpieczeń wniosku, a jest nim wystawienie polisy, zatem prezentowanie ubezpieczającemu wystawionej polisy można normalnie przyjąć za moment, w którym ubezpieczający obowiązany jest do zapłaty całej składki. Jednakowoż można się inaczej umówić, co do jej zapłaty.

Płatną składkę winien ubezpieczający przesłać Towarzystwu Ubezpieczeń na własny koszt i niebezpieczeństwo. Składkę uważa się za zapłaconą, jeśli jest zapłacona w całości.

Pisemne zawiadomienie, skierowane do ubezpieczającego, o wystawieniu polisy i o wysokości składki uważa się za równoznaczne z prezentowaniem polisy.

Jeżeli składki, która ma być zapłacona przed lub przy rozpoczęciu ubezpieczenia, nie zapłacono we właściwym czasie, to jest przy prezentowaniu polisy — o ile inaczej nie umówiono — wolno Towarzystwu Ubezpieczeń odstąpić od umowy, jak długo zapłata nie nastąpiła (§ 28). Niemożliwem jest jednak odstąpienie od umowy przed płatnością składki, o ile Towarzystwo Ubezpieczeń odroczyło płatność.

Przyjmuje się, że Towarzystwo Ubezpieczeń odstąpiło od umowy, jeżeli w ciągu trzech miesięcy od dnia płatności nie wystąpiło sądownie z roszczeniem o składkę. W takim razie uważa się, że umowa o ubezpieczenie wogóle nie zaistniała.

Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiada za wypadek, przewidziany ubezpieczeniem, dopiero od chwili zapłacenia przez ubezpieczającego składki w całości, czyli do tej chwili — pomimo ważności umowy — zawiesza się odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń za wypadki.

W okresie trzech miesięcy od dnia płatności może Towarzystwo Ubezpieczeń wystąpić z sądowem rozszczeniem o zapłatę składki. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń w tym okresie wystąpiło sądownie z roszczeniem, a w przeciągu czasu ,za który domaga się składki, zaszedł wypadek, przewidziany ubezpieczeniem, naówczas obowiązane jest do świadczenia za wypadek, chociażby w chwili zajścia tego wypadku składka nie była zapłacona. Natomiast wolne jest od obowiązku świadczenia, jeśli przed zajściem wypadku zrzekło się swego roszczenia.

Brzmienie powyższych przepisów nie jest jasne odnośnie do czasokresu odpowiedzialności za szkody, w razie zaskarżenia składki. Z werbalnej interpretacji wynikałoby, że w razie zaskarżenia składki, Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiada bezwzględnie za wszystkie wypadki, przewidziane umową o ubezpieczenie, a zaszłe w czasokresie, za który żąda sądownie zapłaty składki i to bez względu na to, czy wiedziało o zaszłym wypadku, czy też nie. W takim razie zaskarżony ubezpieczający byłby w lepszem położeniu od ubezpieczającego, który dobrowolnie zapłacił całą składkę. Temu ostatniemu bowiem Towarzystwo Ubezpieczeń pokrywa wypadki tylko od czasu zapłaty pełnej składki. Sądzę, że wymieniona wyżej interpretacja niezgodna jest z duchem ustawy i że jedynie słusznym jest pogląd, iż w razie zaskarżenia składki Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiada za wypadki zaszłe w czasie, za który domaga się składki, lecz tylko od chwili zaskarżenia, o ile od chwili tej biegnie jeszcze termin odpowiedzialności za wypadki. Jeśli naprzykład ubezpieczający przedkłada Towarzystwu Ubezpieczeń wniosek na ubezpieczenie od ognia z terminem początkowym 1 kwietnia, a końcowym 1 lipca, a Towarzystwo Ubezpieczeń prezentuje ubezpieczającemu polisę w dniu 14 kwietnia, to dzień ten jest dniem właściwym do zapłaty całej składki. Od tego też dnia biegnie — moim zdaniem — trzymiesięczny termin, w którym wolno skarżyć o składkę. Jeżeli skarga nastąpi w dniu 15 maja, to odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń za szkody ogniowe biegnie — ze względu na wniesioną skargę — od dnia skargi, czyli od 15 maja do końcowego terminu, za który o składkę skarżono, to jest do dnia 1 lipca. Jeżeli jednak Towarzystwo Ubezpieczeń skarżyło w dniu 2 lipca, bo prawo do skargi istnieje w naszym wypadku do

dnia 14 lipca, w takim razie Towarzystwo Ubezpieczeń nie odpowiada zupełnie za szkody, bo w dniu 1 lipca zakończył się umówiony okres ubezpieczenia.

Dotychczas mówiliśmy o przepisach, istniejących dla składki początkowej. Natomiast odmienne przepisy (§ 29) istnieją dla składki przypadającej do zapłaty po rozpoczęciu ubezpieczenia. Niżej podane przepisy odnoszą się do tej składki, którą ubezpieczający płacić winien Towarzystwu Ubezpieczeń wedle umowy, jednak już po uiszczeniu pierwszej składki. Jeżeli ubezpieczenie zawarto na jeden rok, a składka płatna jest w czterech ratach kwartalnych, to przepisy § 28, które omówiliśmy, odnoszą się do pierwszej raty, zaś poniżej omówimy przepisy § 29 odnoszącego się do trzech dalszych kwartalnych rat. Te same przepisy odnoszą się do dalszych rat rocznych, półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych, przy umowach wieloletnich, z wyłączeniem jedynie pierwszej składki. Przepisy § 29 odnoszą się wreszcie do płatności tej składki, która stanowi nowy okres ubezpieczenia dawnego, prolongowanego na dalszy okres automatycznie na podstawie dawnej umowy. Jeżeli zatem zawarto umowę na roczne ubezpieczenie jednak z tym warunkiem, że odnowi się ona na dalszy rok i tak z roku na rok, chyba że jedna ze stron wypowie umowę najpóźniej na miesiąc przed jej upływem, w takim razie — w braku wypowiedzenia jednej ze stron — składka za dalszy rok uważa się za przypadającą do zapłaty po rozpoczęciu ubezpieczenia. Gdyby jednak umowę wypowiedziano, kończy się ona z upływem danego roku. Choćby w chwili zakończenia terminu ubezpieczenia strony umówiły się, że ubezpieczenie biec ma przez dalszy okres bez zmiany, to do najbliższej składki za ten dalszy okres odnosić się będą — mojem zdaniem — przepisy § 28, o którym wyżej mówiliśmy, a wedle którego odpowiedzialność za szkody zaczyna się dla Towarzystwa Ubezpieczeń dopiero z chwilą otrzymania od ubezpieczającego lub osoby w jego interesie działającej, pełnej umówionej składki. Omawiano szerzej tę sprawę dlatego, że przepisy § 28 i 29 są odmienne tak co do płatności, jak i odpowiedzialności za wypadki, a sprawa ta jest niejednokrotnie sporna. Powtarzam zatem, że przepisy § 29 odnoszą się do tej składki, która nie jest pierwsza, a jest płatna wedle wcześniejszej umowy jako dalsza rata umowy wieloletniej, lub rocznej, jako druga rata półroczna, lub dalsza rata kwartalna czy miesięczna, wreszcie jako składka ubezpieczenia, odnowionego automatycznie na podstawie dawnej umowy. Jeżeli zatem Towarzystwo Ubezpieczeń upominać się może o składkę na podstawie uprzedniej umowy, w której conajmniej jedna składka była zapłacona, w takim razie stosuje się przepisy § 29. Jeżeli natomiast obowiązek zapłaty składki ciąży na ubezpieczającym na podstawie nowego porozumienia, to do tej składki stosować należy przepisy § 28, choćby uprzednio płacone były podobne składki, a umowa była na dalszy okres odnowiona, ale już na podstawie nowego porozumienia, nawet milczącego, naprzykład przez przyjęcie przez ubezpieczającego nowej polisy, wystawionej na warunkach umowy, która już ekspirowała.

Podczas gdy przy początkowej składce wystarczyło prezentowanie polisy w jakiejkolwiek formie, po rozpoczęciu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń ma upomnieć się o składkę u ubezpieczającego pisemnie, najlepiej listem poleconym, oznajmić mu skutki prawne dalszej zwłoki, oraz wyznaczyć termin dodatkowy, przynajmniej jednomiesięczny.

Wezwanie to odpada, jeśli ubezpieczający zapłacił, a może odpaść, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń podtrzymuje odpowiedzialność za szkody, która w razie wysłania wymienionego wezwania gaśnie z upływem terminu dodatkowego.

To wezwanie może być wysłane w dniu zapadłości składki, po dniu zapadłości lub przed dniem zapadłości. W jakim terminie po dniu zapadłości, tego ustawa wyraźnie nie powiada. Sądzićby należało, że wezwanie można wysłać aż do miesiąca przed przedawnieniem roszczeń wedle § 19, czyli do trzech lat od końca roku kalendarzowego, w którym można domagać się świadczenia. Sprawa nie jest dotąd autorytatywnie wyjaśniona. Niektórzy sądzą, że wymienione wezwanie można wysłać tylko w okresie ubezpieczenia, za który żąda się składki. Ja nie widzę podstawy prawnej do takiego twierdzenia. Jedynie z upływem okresu ubezpieczenia gaśnie dla Towarzystwa Ubezpieczeń cel, dla którego ono wysyła wezwanie. Chodzi mianowicie Towarzystwu Ubezpieczeń o to, by z upływem terminu dodatkowego zwolnić się z odpowiedzialności za wypadki, gdyż w braku formalnego wezwania biegnie odpowiedzialność za nie. Natomiast samo prawo skargi o składkę istnieje pomimo braku formalnego wezwania aż do chwili przedawnienia wedle § 19, to jest przez trzy lata, licząc od końca roku kalendarzowego zapadłości składki. Znamienną jest ostatnio wydana uchwała sądu najwyższego państwa węgierskiego, wedle której wezwanie o zapłatę składki płatnej po rozpoczęciu ubezpieczenia musi nastąpić najpóźniej do 30 dni od dnia zapadłości składki. Uchwała ta, która rzekomo miała na celu ochronę ubezpieczającego, jest w istocie jedynie skróceniem dopuszczalnej prolongaty płatności składki, zatem niekorzystna dla ubezpieczających.

Wezwanie, o którem mowa, można wysłać przed dniem zapadłości składki, ale nie wcześniej, niż na osiem dni przed tym dniem. W takim jednak razie termin dodatkowy musi biec dopiero od dnia zapadłości składki.

Jakie są skutki prawne dalszej zwłoki? Skutki te — w myśl ustawy — winny być zawarte we formalnem wezwaniu o zapłatę.

Otóż jeżeli ubezpieczający z upływem terminu dodatkowego pozostaje w zwłoce z zapłatą składki, w takim razie Towarzystwu Ubezpieczeń, zanim zapłata nie będzie uskuteczniona, wolno umowę o ubezpieczenie rozwiązać z natychmiastowym skutkiem. Poczytuje się za wypowiedzenie, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń nie wystąpiło sądownie z roszczeniem o zapłatę składki do trzech miesięcy od upływu terminu dodatkowego.

Jeżeli wypadek, przewidziany ubezpieczeniem, zajdzie po upływie terminu dodatkowego, a w chwili jego zajścia ubezpieczający pozostaje w zwłoce z zapłatą składki, wówczas Towarzystwo Ubezpieczeń wolne jest od obowiązku świadczenia. Jeżeli jednak Towarzystwo Ubezpieczeń w ciągu trzechmiesięcznego czasokresu wystąpiło sądownie z roszczeniem, a w przeciągu czasu, za który domaga się składki, zaszedł wypadek przewidziany ubezpieczeniem, naówczas obowiązane jest do świadczenia, chociażby w chwili zajścia tego wypadku składka nie była zapłacona. Natomiast wolne jest od obowiązku świadczenia, jeżeli przed zajściem wypadku przewidzianego ubezpieczeniem zrzekło się swych roszczeń.

Wezwanie do zapłaty, o którem mówimy, musi zawierać termin dodatkowy conajmniej jednomiesięczny. Termin ten stanowi ochronę ubezpieczającego, gdyż pomimo braku zapłaty za składkę pokrywa mu Towarzystwo Ubezpieczeń wypadki zaszłe w terminie dodatkowym. Z drugiej strony jest

termin sposobem wycofania się Towarzystwa Ubezpieczeń z umowy o ubezpieczenie z upływem terminu.

Składka jest płatna w Towarzystwie Ubezpieczeń. Jednak wedle § 24 składka staje się płatna u ubezpieczającego aż do pisemnego odwołania, jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń odbierało składkę u ubezpieczającego najmniej w trzech po sobie następujących terminach. W takim razie Towarzystwo Ubezpieczeń niema prawa wysyłać wezwania o zapłatę przed dniem zapadłości, gdyż musi najpierw pisemnie odwołać inkasowanie składki u ubezpieczającego, a dopiero potem wysłać odnośne wezwanie.

Po upływie terminu dodatkowego Towarzystwo Ubezpieczeń zwolnione jest z odpowiedzialności za wypadki aż do chwili zapłacenia pełnej składki i posiada trzy miesiące czasu do skargi o składkę. Okres ten jest zbliżony do okresu płatności pierwszej lub jednorazowej składki, po wystawieniu polisy. Zbliżony, a nie identyczny. Przy pierwszej składce bowiem wystarczy sam fakt niezapłacenia, aby Towarzystwo Ubezpieczeń wolne było od odpowiedzialności za wypadki. Natomiast po up.ywie terminu dodatkowego warunkiem do zwolnienia z odpowiedzialności jest, by ubezpieczający był w zwłoce. Jeśli ubezpieczający udowodni. że bez winy został przeszkodzony w zapłacie, naprzykład z powodu ciężkiej choroby, przerwy w ruchu pocztowym, działań wojennych i t. p., może sąd przyjąć, że ubezpieczający nie był w zwłoce, czego następstwem byłaby odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń za wypadki. Oczywistem jest jednak, że ubezpieczający nie zwolni się ze skutków zwłoki, która nastąpiła skutkiem zapomnienia, braku pieniędzy i t. p.

Po upływie terminu dodatkowego może Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie trzech miesięcy wnieść skargę o zapłatę składki, w przeciwnym razie, po upływie trzech miesięcy, uważa się umowę ubezpieczenia za stornowaną. W ubezpieczeniu życiowem, odnośnie do składki od drugiego roku trwania ubezpieczenia, istnieją odmienne przepisy, o których będzie niżej mowa.

Jeżeli ubezpieczający jest w postępowaniu konkursowem, skarga jest wykluczona. Wystarcza wtedy zgłoszenie pretensji do zarządcy masy konkursowej, wywołujące skutki prawne wniesienia skargi.

Pewne trudności nastręcza sprawa przyjmowania weksli, zwłaszcza przy składce dalszej. Wprawdzie weksel nie jest niczem innem, jak odroczeniem płatności, a nie samą zapłatą, to jednak — zwłaszcza przy wekslach przekazowych, w których ubezpieczający jest żyrantem, polecenia godnem jest przyjmowanie od ubezpieczającego deklaracji, stwierdzającej wyraźnie, że przyjęty weksel czy weksle są jedynie odroczeniem płatności składki. Przy dalszej składce winno Towarzystwo Ubezpieczeń potwierdzić pisemnie odbiór deklaracji i donieść ubezpieczającemu, że odroczenie płatności składki jest terminem dodatkowym, przyczem należy podać skutki prawne niezapłacenia weksla w ustawowym terminie dodatkowym. W razie niezapłacenia pierwszego weksla ustaje w takim razie odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń za wypadki. Towarzystwo może wedle własnego wyboru skarżyć za składkę w terminie trzech miesięcy od niezapłacenia pierwszego weksla, albo też wnieść skargę wekslową, albo wreszcie rozwiązać umowę i stornować polisę w ciągu trzech miesięcy od niezapłacenia pierwszego weksla. Warunkiem jednak jest, by weksel, względnie w razie przyjęcia kilku weksli, pierwszy weksel płatny był conajmniej w miesiąc od wymienionego doniesienia.

Jeśli Towarzystwu ubezpieczeń zależy na tem, by stornować ostatecznie polisę po upływie terminu dodatkowego, winno ono w razie storna zawiadomić o tem pisemnie ubezpieczającego. Od tej chwili ubezpieczający nie może już sanować umowy przez zapłatę pełnej składki, umowa o ubezpieczenie definitywnie gaśnie. Jedynie przy winkulowanych polisach winno Towarzystwo Ubezpieczeń uprawnionemu z winkulacji umożliwić zapłatę składki nieopłaconej przez ubezpieczającego. Zobowiązanie to, wynikające z ustawy cywilnej austrjackiej a nie z umowy o kontrakcie ubezpieczenia, nie jest związane żadną formą ani terminem.

W ubezpieczeniu budynków od ognia, mający prawo zastawu na budynku, a który swe prawo Towarzystwu zgłosił, winien być pismem poleconem niezwłocznie zawiadomiony o nieopłaceniu przez ubezpieczającego składki w terminie płatności. Zawiadomienie o wyznaczeniu terminu dodatkowego, stornie polisy i t. d. nie jest konieczne.

W ubezpieczeniu życiowem podane wyżej przepisy odnoszą się jedynie do składki za pierwszy rok ubezpieczenia. Natomiast od drugiego roku trwania ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ma prawa skargi, zaś ubezpieczający ma każdej chwili prawo wypowiedzenia umowy o ubezpieczenie. Brak zapłaty uważa się za milczące wypowiedzenie.

Jeżeli ubezpieczający płacił składki najmniej przez trzy lata, wtedy w razie wypowiedzenia następuje redukcja ubezpieczenia na wolne od opłaty składki ze zniżoną sumą ubezpieczenia. Ubezpieczający może zamiast tego żądać wykupu.

Wezwanie do zapłaty z podaniem terminu dodatkowego w ubezpieczeniu życiowem musi od czwartego roku trwania — zamiast wyjaśnienia o prawie skargi — zawierać dodatek wskazujący na automatyczną w braku zapłaty przemianę ubezpieczenia na wolne od opłaty składki ze zniżoną sumą ubezpieczenia.

Jeżeli po upływie terminu dodatkowego następuje wypadek, a składka nie została opłacona, wtedy Towarzystwo Ubezpieczeń na życie wolne jest od obowiązku świadczenia za wypadek w pierwszych trzech latach — o ile się nie umówiono inaczej — zaś w następnych latach zobowiązane jest do zapłaty zniżonej sumy ubezpieczenia.

W ubezpieczeniach ludowych powyższe przepisy nie mają zastosowania. Składki nie można domagać się sądownie, zaś Towarzystwo Ubezpieczeń wolne jest od obowiązku świadczenia z powodu zaniechania przez ubezpieczającego zapłaty składki conajmniej kwartalnej, gdyż w takim razie umowę uważa się za rozwiązaną. Jeżeli jednak składka płacona była przez okres trzech lat, następuje przemiana na ubezpieczenie o zniżonej sumie, wolne od opłaty składki, a w razie wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do świadczenia w granicach tej zniżonej sumy ubezpieczenia.

W byłym zaborze rosyjskim podstawą prawną jest rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 lutego 1928 o przepisach tymczasowych, dotyczących umówy ubezpieczenia.

Przepisy te są prawie identyczne z przepisami ustawy austrjackiej. Odmienny jest 14-dniowy termin dodatkowy zamiast miesięcznego. Po upływie terminu dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń usta-

je w razie niezapłaty, niezależnie od zwłoki ubezpieczającego, której wymaga ustawa austrjacka. Z temi jedynie wyjątkami wszelkie uwagi, podane przy ustawie austrjackiej, odnoszą się również do powyższych przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej.

W byłym zaborze pruskim podstawą prawną jest ustawa o umowie ubezpieczenia z dnia 30 maja 1908 r. Wedle niej ubezpieczający winien uiścić umówioną składkę bezzwłocznie po zawarciu umowy, ale za jednoczesnym odbiorem dowodu ubezpieczenia, chyba że wystawienie takiego dowodu jest wykluczone.

Miejscem płatności składki jest mieszkanie względnie siedziba ubezpieczającego; winien on jednak na własne ryzyko i koszt przesłać składkę Towarzystwu Ubezpieczeń. Ubezpieczający, u którego stale pobierano składki, obowiązany jest przesłać je dopiero po pisemnem wezwaniu.

Wedle § 38 Towarzystwo Ubezpieczeń wolne jest od obowiązku świadczenia w razie nieuiszczenia we właściwym czasie składki, płatnej przed rozpoczęciem lub z chwilą rozpoczęcia ubezpieczenia, o ile wypadek, przewidziany umową o ubezpieczenie zajdzie przed zapłatą. I tu zatem — jak w podanych wyżej przepisach — składka płatna jest wedle umowy, ale nie przed wydaniem dokumentu ubezpieczenia, chyba że jego wystawienie jest wykluczone. Identyczne są również przepisy o zwolnieniu Towarzystwa Ubezpieczeń od świadczeń, jeżeli pierwsza lub jednorazowa składka we właściwym czasie nie została zapłacona.

Towarzystwo Ubezpieczeń, w razie nieuiszczenia składki we właściwym czasie, może rozwiązać umowę za jednomiesięcznem wypowiedzeniem. Wypowiedzenie upada, jeśli ubezpieczający przed upływem terminu wypowiedzenia zapłacił pełną składkę. Przepis ten odbiega od przepisów dwóch innych ustaw, wedle których Towarzystwo Ubezpieczeń może rozwiązać ubezpieczenie bez wypowiedzenia i natychmiast przed zapłatą pierwszej składki we właściwym czasie.

Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń wypowiedziało ubezpieczenie, może żądać od ubezpieczającego jedynie stosownych kosztów handlowych.

W razie nieuiszczenia we właściwym czasie składki, płatnej po rozpoczęciu ubezpieczenia (§ 39), Towarzystwo Ubezpieczeń może wyznaczyć ubezpieczającemu na jego koszt termin do zapłaty. Termin ten musi być pisemny, musi oznaczać skutki prawne i nie może być krótszy od dwóch tygodni, zaś przy ubezpieczeniu budynków od ognia musi wynosić conajmniej jeden miesiąc.

Skutki prawne zwłoki w zapłacie składki po upływie terminu dodatkowego są następujące:

Jeżeli wypadek, przewidziany umową ubezpieczenia, nastąpi po upływie terminu dodatkowego, a ubezpieczający z chwilą zajścia wypadku zalega z opłatą składki, należnych procentów lub kosztów, Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od obowiązku świadczenia za wypadek, przewidziany umową o ubezpieczeniu. Jednak skutki, wypływające z nieuiszczenia procentów i kosztów następują tylko wtedy, jeżeli przy wyznaczeniu terminu do zapłaty zostały określone.

Towarzystwo Ubezpieczeń może po upływie terminu, jeżeli ubezpieczający zalega ze składką, rozwiązać umowę bez zachowania terminu wypowiedzenia. Jeżeli tego nie uczyni, może ubezpieczający każdej chwili składkę zapłacić. W takim razie odpowiada Towarzystwo Ubezpieczeń dalej za szkody.

Jak długo pierwsza lub dalsza składka nie została zapłacona, Towarzystwo Ubezpieczeń może wnieść przeciw ubezpieczającemu skargę o zapłatę składki, odsetek i kosztów, chyba że rozwiązało umowę o ubezpieczenie po jednomiesięcznem wypowiedzeniu pierwszej składki, względnie po upływie terminu dodatkowego przy dalszej składce.

W razie rozwiązania ubezpieczenia po terminie dodatkowym, należy się Towarzystwu Ubezpieczeń składka, wszakże za czas nie dłuższy ponad bieżący okres ubezpieczenia. Za okres ubezpieczenia uważa się jeden rok, chyba że składka obliczona jest na krótszy czasokres (§ 9).

Towarzystwo Ubezpieczeń może wnieść skargę o składkę do przedawnienia, to jest do dwóch lat, a przy ubezpieczeniu na życie do pięciu lat (§ 12). Bieg przedawnienia rozpoczyna się z końcem roku, w którym domagać się można świadczenia.

W ubezpieczeniu życiowem ubezpieczający może każdej chwili wypowiedzieć ubezpieczenie na koniec bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zapłacił składkę przynajmniej za trzy lata, może każdej chwili żądać z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia przemiany na ubezpieczenie o zniżonej sumie, wolne od opłaty składki.

Jeżeli składka za trzy lata była uiszczona, a upłynął termin dodatkowy, wyznaczony przez Towarzystwo Ubezpieczeń na życie wedle § 39, z chwilą wymówienia przemienia się ubezpieczenie na wolne od opłaty składki, o zniżonej sumie ubezpieczenia. W takim też razie, przy zajściu wypadku po upływie terminu dodatkowego, w razie braku zapłaty składki, Towarzystwo Ubezpieczeń obowiązane jest do świadczenia zniżonej sumy ubezpieczenia, odnośnie do przemiany na ubezpieczenie wolne od opłaty składki. Przewidziany w § 39 termin dodatkowy musi zawierać wzmiankę o przemianie na ubezpieczenie wolne od opłaty składki, o niższej sumie ubezpieczenia.

W ubezpieczeniu kapitału płatnego na wypadek śmierci, zawartego w ten sposób, że świadczenie ze strony Towarzystwa Ubezpieczeń na życie jest pewne, w razie rozwiązania lub wymówienia umowy, Towarzystwo Ubezpieczeń na życie obowiązane jest do zwrotu rezerwy składki, po potrąceniu stosownych odliczeń. Za stosowne uważa się potrącenia, ustalone za zgodą władzy nadzorczej w warunkach ubezpieczeń.

Do ubezpieczeń ludowych nie mają zastosowania przepisy o terminie dodatkowym w razie nieopłacenia dalszej składki i przemianie na ubezpieczenie wolne od składki przy zniżonej sumie ubezpieczenia.

Powyższy opis przepisów inkasowych w trzech byłych zaborach wykazuje poważne różnice między przepisami byłego zaboru austrjackiego i rosyjskiego z jednej strony, a przepisami byłego zaboru pruskiego z drugiej strony. Największa różnica polega na tem, że w pierwszej grupie przepisów — w razie zaskarżenia ubezpieczającego o składkę — Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiada za wypadki, zaś w byłym zaborze pruskim nie od-

powiada za nie. Ponieważ w dzisiejszych czasach depresji gospodarczej skarga naraża Towarzystwa Ubezpieczeń przedewszystkiem na ponoszenie kosztów skargi i opłat stemplowych, dając w zamian małe szanse ściągnięcia pretensji w razie wygranej, obarczenie Towarzystw Ubezpieczeń nadomiar odpowiedzialnością za wypadki przekreśla w praktyce prawo skargi. Przepis ten naraża Towarzystwa Ubezpieczeń na utratę poważnej części portfelu, ułatwia wyprzęganie ubezpieczeń, narażając na straty i ubezpieczającego i Towarzystwa Ubezpieczeń. Wreszcie przepis ten przyczynia się do lekkomyślnego zrywania ubezpieczenia.

Przepis ten uważam za niesprawiedliwy, niezgodny z duchem obecnego ustawodawstwa, niekorzystny tak dla Towarzystwa Ubezpieczeń, jak i ubezpieczającego, ułatwiający manipulacje wyprzęgania ubezpieczeń, a przedewszystkiem godzący w istotne interesy idei ubezpieczenia.

Niesprawiedliwym jest ten przepis dlatego, że stawia w lepsze położenie ubezpieczającego, zaskarżonego o zapłatę składki, której ściągnięcie może być niepewne, wobec ubezpieczającego, który nie zapłacił choćby małej części składki, gdyż pierwszemu daje pełne pokrycie w razie wypadku, przewidzianego ubezpieczeniem, podczas kiedy drugiego pozostawia zupełnie bez ochrony.

Dla Towarzystw Ubezpieczeń przepis ten jest bardzo ciężki. Skarga o składkę jest dla Towarzystwa Ubezpieczeń mało pożądana choćby z tego powodu, że zniechęca do ubezpieczenia nietylko zaskarżonego, lecz ogół, gdyż wiadomość o skardze rozpowszechnia się zwykle szeroko. Jeśli do tego dodać, że skarga jest kosztownym gotówkowym wydatkiem o niewiadomym wyniku, to musimy przyjść do przekonania, że są to dostateczne przyczyny, dla których Towarzystwo Ubezpieczeń sięga do skargi chyba w ostateczności i całkiem wyjątkowo. Obciążenie jednak Towarzystwa Ubezpieczeń odpowiedzialnością za wypadki w razie skargi o składkę jest tak daleko idącym ciężarem, że wobec tego Towarzystwo Ubezpieczeń zwykle rezygnuje ze skargi. Przepis ten równa się zatem faktycznej niezaskarżalności składki. Powoduje to odpadanie ubezpieczeń, gdyż ubezpieczający, wiedząc o tem, że nie zostanie zaskarżony, lekkomyślnie rezygnuje z ubezpieczenia. Brak przymusu kategorycznego do dalszej opłaty zachęca go nawet przy drobnych i dających się usunąć przyczynach, do zaprzestania opłaty składki, choć zawierając ubezpieczenie dowiódł, że ma potrzebę ubezpieczenia się i zamiar kontynuowania ubezpieczenia.

Często zdarzają się wypadki przeciągania ubezpieczonych z jednego do drugiego Towarzystwa Ubezpieczeń w czasie trwania umowy w konsekwencji faktycznej niezaskarżalności składki. Podobna manipulacja podraża koszty Towarzystw Ubezpieczeń nie dając ubezpieczającemu żadnych korzyści.

Sądzę, że do zmniejszenia wszystkich tych niedogodności przyczyniłaby się walnie reforma, nie dająca ubezpieczającemu ochrony ubezpieczeniowej w razie zaskarżenia należnej Towarzystwu Ubezpieczeń składki.

Idea ubezpieczeń, której rozwinięcia wymaga interes społeczeństwa, jest u nas w kolebce. Najlepszą ochroną tej idei będzie podawanie Towarzystwom Ubezpieczeń takich warunków, które umożliwiają im normalny rozwój. Zniesienie przepisów o odpowiedzialności za wypadki w razie skargi o składkę, zmuszając ubezpieczających do podtrzymywania zawartych ubezpieczeń, umożliwi Towarzystwom Ubezpieczeń normalną pracę w kierunku rozwoju ubezpieczeń.

Dr. Maksymiljan Rittman.

„NIEWIĄŻĄCY“ WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.

Glossa.

W zeszycie wrześniowym „Orzecznictwa Sądów Polskich” ogłoszono pod Nr. 416 orzeczenie Izby Cywilnej (sek. II) Sądu Najwyższego z 14 lutego 1933 r. Nr. III. 1. Rw. 2552/32, przyczem poprzedzono je następującą „tezą”:

Oświadczenie ubezpieczonego we wniosku o ubezpieczenie, że warunki ubezpieczenia są mu znane, i że je otrzymał, nie ma znaczenia prawnego i nie czyni umowy o ubezpieczeniu ważną, jeżeli w rzeczywistości wręczenie warunków ubezpieczenia nie nastąpiło przed podpisaniem umowy ubezpieczeniowej.

Oto brzmienie samego orzeczenia:

Sąd Najwyższy nie uwzględnił rewizji pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeń w sprawie o zapłatę składki ubezpieczeniowej.

Uzasadnienie.

Rewizja zaskarża wyrok Sądu odwoławczego z przyczyn, wymienionych pod L. 2 i 4 w § 503 p. c., jednak pierwszej z nich wcale nie wywodzi. Druga natomiast nie zachodzi.

Według ust. 2 § 1 ustawy z 23 grudnia 1917 Nr. 501 Dz. pp. austr. przedłożony stronie udzielającej ubezpieczeń, wniosek o zawarcie umowy o ubezpieczenie wiąże jedynie wtedy, jeżeli formularz, którym posłużono się przy postawieniu wniosku, zawierał ogólne warunki ubezpieczeń, lub też warunki te doręczono wnioskodawcy przed postawieniem wniosku o ubezpieczenie.

Z ustaleń wynika, że przepisowi temu, który według § 22 powołanej ustawy ma moc bezwzględnie obowiązującą, nie uczyniono w niniejszym wypadku zadość; ani bowiem podpisane przez pozwanych deklaracje z wnioskiem o ubezpieczenie nie zawierały ogólnych warunków ubezpieczeń, ani też warunków tych nie doręczono pozwanym przed postawieniem wniosków o ubezpieczenie.

Pozwani nie byli zatem wcale związani swemi wnioskami o ubezpieczenie, chociaż w odnośnych deklaracjach złożyli oświadczenie, że warunki ubezpieczeń są im znane i że warunki te otrzymali.

W ślad tego nie przyszła między stronami do skutku ważna umowa o ubezpieczenie, i pozwani nie są obowiązani płacić składek ubezpieczeniowych, chociaż przy przyjęciu polisy nie żalili się na nieotrzymanie warunków ubezpieczeniowych i z zarzutem odnośnym wystąpili dopiero w toku sporu.

Rewizja nie mogła być zatem uwzględniona.

Orzeczenie powyższe nasuwa liczne zastrzeżenia i budzi następujące refleksje:

1. O ile można z zawartych w niem rozważań wyłuskać stan faktyczny, przedstawia on następujący przebieg wydarzeń. Ubezpieczający podpisali wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, zawierający tylko kwestjonarjusz dotyczący rodzaju i zakresu ryzyka, natomiast nie obejmujący „ogólnych warunków umowy ubezpieczenia”. Ponadto podpisali

oni i wręczyli zakładowi ubezpieczeń oświadczenie, że te „warunki" zostały im doręczone i że są im znane. Naskutek powyższego wniosku zakład ubezpieczeń sporządził polisę i wydał ją ubezpieczającym, którzy „przy jej przyjęciu nie żalili się na nieotrzymanie „warunków ubezpieczeniowych". Wobec niezapłacenia składki zakład ubezpieczeń wystąpił przeciwko ubezpieczającym na drogę sądową. W toku tego sporu ubezpieczający zarzucili, iż wbrew oświadczeniu ich na piśmie „ogólne warunki" nie zostały im doręczone i że z tego powodu wniosek ich nie był „wiążącym" i skutkiem tego strony nie łączy w danym wypadku żadna ważna umowa ubezpieczenia. Sąd widocznie dopuścił dowody ubezpieczających na okoliczność, iż nie zostały im doręczone „ogólne warunki" przed podpisaniem wniosku, skoro okoliczność tę uznał za ustaloną wbrew pisemnemu oświadczeniu ubezpieczających.

2. Rozumowanie prawne ubezpieczających, zaakceptowane przez Sąd Najwyższy również wymaga pewnej rekonstrukcji zanim może się stać przedmiotem krytyki. Punktem wyjścia jest tu przepis § 1 ust. (austrjackiej) z dnia 23 grudnia 1917 roku (Dz. U. P. N. N. 501), który stanowi, iż wniosek o zawarcie, przedłużenie lub zmianę umowy ubezpieczenia, postawiony zakładowi ubezpieczeń, wiąże oferenta w braku odmiennej umowy przez 14 dni (ustęp 1), z tem jednak zastrzeżeniem, iż wniosek taki jest dla oferenta tylko wtedy wiążący, gdy bądź sam zawiera „ogólne warunki ubezpieczenia", bądź gdy przed postawieniem wniosku „warunki" te zostały oferentowi wręczone (ustęp 2). Dalszą przesłankę tego rozumowania stanowi przepis § 22 tejże ustawy, nadający poprzednio cytowanemu charakter normy bezwzględnie obowiązującej zakład ubezpieczeń, od której umownie na niekorzyść ubezpieczającego odstąpić nie wolno pod rygorem bezskuteczności takiego umownego odstąpienia od przepisu § 1 cytowanej ustawy. Widocznie Sąd Najwyższy rozumował w ten sposób: skoro ubezpieczający nie byli związani wnioskiem, to można i należy traktować ten wniosek za nieważny i niebyły, a skoro tak, to wystawienie polisy przez zakład ubezpieczeń nie stanowi zawarcia umowy a tylko oświadczenie woli jednej zaledwie strony czyli tylko ofertę; gdzie niema umowy, niema obowiązku do jej wykonania, do zapłaty składki.

3. Orzeczenie powyższe jest nietrafne. Przecież wybitny brak lojalności ubezpieczających względem zakładu ubezpieczeń rzuca się poprostu w oczy. Całe ich zachowanie się świadczy wymownie o tem, że dopiero po zawarciu umowy ubezpieczenia usiłują od niej odstąpić. Ubezpieczenie — to „negotium uberrimae fidei". Gdyby ubezpieczający istotnie traktowali umowę za nieważną i niebyłą, nie przyjęliby polisy lub odesłaliby ją niezwłocznie zakładowi ubezpieczeń, nie mówiąc już o tem, iż przy dołożeniu zwyczajnej staranności „dobrego ojca rodziny" mogli i powinni byli wniosek, ich zdaniem, pozbawiony skutków prawnych odwołać jeszcze zanim zakład ubezpieczeń zdecydował o jego przyjęciu. Tyle co do tła sprawy.

4. Zanim przejdę do omówienia strony prawno-materjalnej niniejszego przypadku, pragnę słów kilka poświęcić jego stronie proceduralnej, dowodowej. Sprawa była sądzona pod rządem procedury cywilnej austrjackiej, która nie znała żadnych ograniczeń co do dopuszczalności dowodu ze świadków w stosunku do dowodów na piśmie. Sąd przeto nie pogwałcił żadnego przepisu, dopuszczając dowód przeciwko pisemnemu oświadczeniu ubezpieczających, iż nie otrzymali oni przed podpisaniem wniosku

egzemplarza „ogólnych warunków ubezpieczenia”. Coprawda brak w przytoczonym tekście orzeczenia jakiejkolwiek wzmianki o tem, na podstawie jakich to dowodów sąd doszedł do wniosku, iż ubezpieczający oświadczyli nieprawdę zakładowi ubezpieczeń, kwitując odbiór egzemplarza „ogólnych warunków”. Ktokolwiek obznajmiony jest z techniką akwizycji ubezpieczeń, musi dojść do przekonania, że tym przeciwdowodem mogły być tylko zeznania świadków lub przesłuchanie ubezpieczających jako strony, gdyż nie można sobie nawet wyobrazić dokumentu, którymby mogli ubezpieczający udowodnić tę okoliczność. Mimo braku jakiegokolwiek pogwałcenia przepisów sąd postąpił tu nietrafnie, dopuszczając dowód na okoliczność negatywną (t. zn. na to, że nie otrzymali...), nie ulegającą wogóle udowodnieniu, a pozatem i niesłusznie, skoro tłumaczenie się w procesie wbrew własnemu oświadczeniu woli, dokonanemu bez przymusu ani też skutkiem błędu, musi uchodzić za „zaprzeczenie własnego czynu” i kłóci się z zasadą „venire contra factum proprium nulli conceditur” (poz. Riezlera „Venire contra factum proprium. Studien im römischen, englischen und deutschen Zivilrecht”, Leipzig, 1912, i Rundsteina „O zaprzeczeniu własnego czynu w teorji prawa francuskiego”, Warszawa, 1914). Dodać wypada, że obowiązujący obecnie kodeks postępowania cywilnego w art. 265 uniemożliwia przeprowadzenie dowodu ze świadków „przeciw osnowie dokumentu”... „pomiędzy uczestnikami czynności stwierdzonej dokumentem”. Przepis ten charakteryzuje ewolucję poglądów i utwierdza mnie w przekonaniach, którym dopiero co dałem wyraz.

5. Powyższe uwagi prawno-procesowe uważam za tembardziej uzasadnione, że znając z praktyki psychologję ubezpieczających nie mogę zdobyć się na wiarę w to, by w danym wypadku istotnie mieli potwierdzić odbiór „ogólnych warunków” a nie otrzymać ich. Krytyka cytowanego orzeczenia musi jednak iść po linji ustalonego przez sąd stanu faktycznego czyli uznać nieprawdziwość tego oświadczenia ubezpieczających za pewnik. Jądrem zagadnienia jest pytanie co do natury prawnej „niewiążącego” wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Sąd Najwyższy uważa taki wniosek za nieważny i niebyły, gdyż wyklucza wogóle możliwość dojścia do skutku ważnej umowy ubezpieczenia przez akceptację takiego wniosku. Czy trafnie? Gdyby istotnie tak miało być, umowa ubezpieczenia musiałaby utracić charakter umowy konsesualnej i stać się umową literalną: skoro bowiem samo oświadczenie woli w kierunku zawarcia umowy (wniosek) pozbawione jest skutku prawnego a może go tylko osiągnąć drogą pisemnego potwierdzenia odbioru egzemplarza „ogólnych warunków”, to należałoby dojść do wniosku, jakoby ustawodawca wymagał dla ważności umowy oferty pisemnej związanej z takiem potwierdzeniem. Tymczasem tak wcale nie jest. Oto komentator austrjackiej ustawy o umowie ubezpieczenia Prof. Dr. Albert Ehrenzweig („Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung”, Wien, 1929) stwierdza na str. 19 konsensualny charakter umowy, a odsyłając w omawianej tu kwestji do szwajcarskiego wzoru (art. 3 ustawy związkowej o umowie ubezpieczenia z 2 kwietnia 1908 roku) i do jego z kolei komentatora Prof. Dr. Hansa Roelli (Kommentar zum schweizerischen Bundesgesetze über den Versicherungvertrag”, Bern, 1914), upoważnia do przyjęcia tego poglądu wspólnego obu ustawom (Roelli str. 13, Ehrenzweig str. 26). Stanowisko Roelli'ego nie jest jednak przemyślane do końca. Mówiąc o wniosku „niewiążącym” (skutkiem bra-

ku doręczenia ubezpieczającemu „ogólnych warunków”) zaznacza: „Die auf Grund eines unverbindlichen Antragscheines abgegebene Annahmeerklärung des Versicherers ist rechtlich ein neuer Antrag” (str. 53). Mniemanie to powtarza za Roellim i Ehrenzweig (str. 27), atoli tylko niejako „en passant” i w innym kontekście, do którego wrócę. Dotąd poglądy obu uczonych komentatorów pokrywają się z zapatrywaniem naszego Sądu Najwyższego o zupełnym braku skutków prawnych wniosku niewiążącego. Jak jednak ocenić taki wniosek w wypadku, gdy ubezpieczający zapłaci składkę? Czy i wówczas brak ważnej umowy ubezpieczenia? Roelli tej ewentualności nie bada, Sąd Najwyższy w omawianem orzeczeniu się nad nią nie zastanawia, Ehrenzweig (str. 27) uznaje ważność tak zawartej umowy: „dann kommt durch diese Erfüllungshandlung der Vertrag ohneweiteres zum Abschlusse”. Nie spostrzegł jednak Ehrenzweig sprzeczności pomiędzy odmową ważności wniosku niewiążącego a tym ostatnim wynikiem: jeżeli bowiem oświadczenie woli zakładu ubezpieczeń (wystawia polisy) jest tylko ofertą a zapłata składki bynajmniej nie świadczy o tem, że ubezpieczający otrzymał egzemplarz „ogólnych warunków”, to i ta zapłata stanowić powinna tylko połączenie wykonania umowy z wnioskiem niewiążącym, a skoro i tu mamy do czynienia z wnioskiem niewiążącym, to niema ważnej umowy ubezpieczenia, niema jej wykonania, ubezpieczający może zawsze oświadczyć, że żadnego wniosku o zawarcie jej nie stawiał i condictione indebiti dochodzić zwrotu sine causa danych pieniędzy. Ta reductio ad absurdum każe dopatrywać się we wniosku, nawet niewiążącym, oświadczenia woli z którem się prawo liczy i liczyć powinno.

6. Wniosek niewiążący nie jest nieważnym i niebyłym. Jest oświadczeniem woli ważnem i skutecznem. Brak „związania” wnioskodawcy równa się zastrzeżeniu możności odstąpienia od uczynionej oferty bez jakiegokolwiek odszkodowania. Jeżeli po postawieniu wniosku niewiążącego oferent odeń odstąpi, można będzie powiedzieć, że wniosek jest pozbawiony skutków prawnych i że można go traktować tak jakgdyby wogóle nie był stawiany. Nie dlatego jednak, by od samego początku wniosek ten był dotknięty nieważnością, lecz dlatego, że (i dopiero od tej chwili, gdy) został cofnięty. Jeżeli jednak oferent od wniosku swego nie odstąpi a po jego przyjęciu przez kontrahenta przy swojem oświadczeniu woli pozostanie, to nie ulega wątpliwości, że doszła do skutku ważna umowa. Ergo: wniosek niewiążący może być podstawą ważnej umowy — o ile tylko go oferent nie cofnie. Przyjęcie wniosku niewiążącego — to zawarcie ważnej umowy, a nie wysunięcie kontroferty.

7. Z kolei wypada bliżej omówić uprawnienie do cofnięcia wniosku niewiążącego. Że oferent może go w każdej chwili cofnąć, zanim kontrahent go przyjął, to się samo przez się rozumie. Że go już cofnąć nie może, gdy po przyjęciu i po oznajmieniu oferentowi tego przyjęcia, on sam tak zawartą umowę, chociażby częściowo, wykona, wydaje mi się również pewnem, zwłaszcza po przeprowadzonej wyżej reductio ad absurdum. Czy z tego wynika, by zakład ubezpieczeń miał pozostawać w niepewności co do ewentualnego cofnięcia się oferenta — jak in casu — aż do dnia płatności składki? Takie rozwiązanie wydaje mi się zbyt fantastycznem. Granica w czasie tego zastrzeżonego oferentowi „prawa do cofnięcia oferty” powinna wynikać z naszkicowanej wyżej konstrukcji wniosku niewiążącego jako wniosku uczynionego pod warunkiem (rozwiązującym) odstąpienia,

cofnięcia go. Tak samo jak wszelkie inne zobowiązanie zaciągnięte pod warunkiem rozwiązującym czy nawet i zawieszającym niewiążący wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zawiera rozbicie podstawy zobowiązania na dwa oświadczenia woli, obejmujące z obu stron w czasie (sit venia verbo!) oświadczenie woli zakładu ubezpieczeń: jedno oświadczenie woli — to samo postawienie wniosku, drugie — to jego cofnięcie. To cofnięcie może nastąpić po przyjęciu wniosku, ale najpóźniej natychmiast po zaznajomieniu się przez oferenta z treścią oświadczenia woli zakładu ubezpieczeń o przyjęciu.

8. Oto dwa dalsze sprawdziany trafności przedstawionego tu zapatrywania. Przypuśćmy na chwilę, że istotnie wniosek niewiążący z powodu braku doręczenia oferentowi egzemplarza „ogólnych warunków” jest pozbawiony skutków prawnych, że przyjęcie jego przez zakład ubezpieczeń jest tylko kontrofertą, że nie może on dopuścić do zawarcia ważnej umowy ubezpieczenia. Znane mi są z praktyki wypadki stawiania wniosków telefonicznie, sporządzania ich w formie zwykłych listów handlowych, nawet nie na drukach zakładu ubezpieczeń. Przypuśćmy dalej wypadek, gdy zakład ubezpieczeń mimo dokładnego obliczania składki odmawia jej przyjęcia ze względu na umowę zrzeszeniową, którą jest związany, iż nie ma on prawa inkasa składek inną drogą jak przez zrzeszeniowe biuro inkasowe. W takim wypadku przyjęcie wniosku równa się nietylko zawarciu umowy, lecz nawet schodzi się z początkiem odpowiedzialności zakładu za wypadek objęty ubezpieczeniem. Jeżeliby teraz wnioskowi niewiążącemu odmówić skutków prawnych, zakład mógłby odmówić wypłaty odszkodowania za wypadek zaszły po przyjęciu wniosku (może nawet po dokonaniu reasekuracji!), a przed wydaniem ubezpieczającemu polisy i w okresie oczekiwania na wezwanie do zapłaty składki przez biuro inkasowe. Okazałoby się, że ta sama konstrukcja, przy pomocy której ubezpieczający w przypadku badanym przez Sąd Najwyższy usiłuje uchylić się od zapłaty składki, niesłusznie skrzywdziłaby właśnie tego ubezpieczającego, którego ustawa chciała otoczyć tak szczególnie troskliwą opieką. To jeden sprawdzian. A teraz drugi. Jaka jest ratio legis przepisu § 1 omawianej tu ustawy? Chodzi tylko o to, by oferent wiedział, jakie są obowiązki stron w zamierzonej przez niego i zakład ubezpieczeń umowie, by nie zawierał jej lekkomyślnie, by przeczytał „ogólne warunki” przed podpisaniem wniosku. W omawianem tu orzeczeniu czytamy, że ubezpieczający otrzymali polisę. Stosownie do przepisu art. 33 Rozp. Prez. Rzplitej z 26 stycznia 1928 r. o kontroli ubezpieczeń (DURP. Nr. 9 poz. 64) na polisie są wydrukowane „ogólne warunki”. Najpóźniej zatem w chwili doręczenia polisy mogli i powinni byli się z ich treścią zapoznać. Skoro i tej okazji nie wyzyskali, to już później własnemu niedbalstwu przypisać winni ich nieznajomość, a w każdym razie nie może im ono służyć za pretekst do niewykonania umowy. Zaniechanie cofnięcia wniosku w tym momencie zawiera decyzję oferenta o tem, że z warunku rozwiązującego rezygnuje. Sprawdzianem trafności tej konstrukcji wniosku niewiążącego, jest zapatrywanie, do którego Ehrenzweiga doprowadziły li tylko względy słuszności. „Aber wenn es richtig ist, dass der Antragsteller... die Versicherungsurkunde zurückweisen darf, dann muss er sie auch zurückweisen, etwa nach angemessener Prüfungsfrist...” (str. 27). Normalnem w praktyce oświadczeniem zakładu ubezpieczeń o przyjęciu wniosku jest wydanie polisy

(albo innego dowodu zawarcia umowy ubezpieczenia). Przyjęcie polisy bez zastrzeżeń przez oferenta wniosku niewiążącego, zaniechanie cofnięcia tego wniosku przez odesłanie polisy wzgl. przez pisemne wezwanie zakładu ubezpieczeń do odebrania jej — stanowi rezygnację z prawa odstąpienia od wniosku. Skoro zatem w omawianym wypadku ubezpieczający przyjęli polisę bez zastrzeżeń a na niewiążący charakter wniosku powołali się dopiero w toku procesu o składkę, to należy dojść do wniosku, że cofnięcie oferty nastąpiło poniewczasie. Z satysfakcją podkreślam, że w tym punkcie konstrukcja moja zgodna jest z poglądami obrotu ubezpieczeniowego, jakie scharakteryzowałem na wstępie niniejszych uwag.

9. Wypada wreszcie uczynić zarzut omawianemu tu orzeczeniu, iż zupełnie pominięto w niem kwestję świadomości zakładu ubezpieczeń co do tego, czy wniosek ubezpieczających został przez nich postawiony po rzeczywistem otrzymaniu egzemplarza „ogólnych warunków", czy nie, czy był to, innemi słowy wniosek wiążący, czy też niewiążący. Jeżeli bowiem nawet przyjąć za dobrą monetę tłumaczenie się ubezpieczających, że istotnie nie otrzymali oni egzemplarza tych „warunków", to przecież nie mogą z tego powodu wyniknąć żadne ujemne skutki dla zakładu ubezpieczeń, jeżeli ubezpieczający mu nie udowodnili, iż zakład wiedział o nieprawdziwości podpisanego przez nich oświadczenia. Jeżeli to oświadczenie o otrzymaniu egzemplarza „ogólnych warunków" było fikcją i o tem wiedziały obie strony, to ubezpieczający mogliby się na ten fakt powoływać — oczywiście w granicach wyżej wyłuszczonych. Tego jednak w cytowanem orzeczeniu doszukać się nie mogę. Wszelkie pozory przemawiają za przeciwnym stanem faktycznym: wydaje mi się, że zakład otrzymując powyższe oświadczenie ubezpieczających mógł i powinien był przypuszczać, że istotnie otrzymali oni „ogólne warunki", a skoro tak, to przecież ubezpieczający nie powinni odnosić żadnej korzyści z tej okoliczności, co do której swego kontrahenta w błąd wprowadzili. Ten punkt opieram tylko na przypuszczeniach. Wydaje mi się jednak, że orzeczenie, o którem mowa, ma tu poważną lukę. Wypełnia ją w cytowanem przez Ehrenzweiga (str. 27) orzeczeniu austrjackiego Sądu Najwyższego (który w konkluzji dochodzi do zgodnych ze mną rezultatów, lecz nie daje konstrukcyjnego uzasadnienia, a tylko operuje słusznością) trafne spostrzeżenie: „Der Versicherer kann die innere Wahrheit dieser urkundlichen Erklärung nicht überprüfen; er gibt in der Versicherungsurkunde seine Annahmeerklärung zu dem vermeintlich verbindlichen Antrag..." (Entsch. vom 11.9.1924, Ob. I. 781/24).

10. Wkońcu jeszcze jedna uwaga — już z obowiązku publicysty prawniczego, „Orzecznictwo Sądów Polskich" jest obok oficjalnych zbiorów orzeczeń Sądu Najwyższego najpoważniejszą publikacją naszej judykatury. Można bez przesady i bez komplementów powiedzieć, że cieszy się ono w sądach równie wysokim autorytetem jak oficjalne zbiory orzeczeń: zamieszczenie omawianego orzeczenia w tem wydawnictwie równa się wysunięciu go jako wzór do naśladowania, jako „jugement de fond". Wzorowane na zbiorach Dalloz'a „Orzecznictwo Sądów Polskich" niestety bardzo rzadko zamieszcza glossy do orzeczeń (w zbiorach Dalloz'a niema ani jednego orzeczenia bez glossy!). Nasza judykatura w dziedzinie ubezpieczeń prywatnych jest pod każdym względem uboga. Tem poważniejsza ciąży na redaktorach „Orzecznictwa" odpowiedzialność za właściwy dobór orzeczeń z tej dziedziny i za zaopatrywanie ich w uwagi krytyczne.

Dr. M. Sztykgold.

Z NASZEJ NIWY UBEZPIECZENIOWO-PRAWNICZEJ.

W ostatnim numerze „Przeglądu Ubezpieczeniowego” p. W. Kolisko omawia interesująco i wyczerpująco zasadnicze kwestje umowy ubezpieczenia w świetle kodeksu zobowiązań. Niektóre punkty poruszone przez niego nadawałyby się do dyskusji, ograniczymy się tu tylko do jednego, najważniejszego: ujęcia istoty umowy ubezpieczenia.

W artykule p. W. Koliski czytamy: „W dziedzinie ubezpieczeniowej z istoty umowy wynika, że mamy do czynienia z zobowiązaniem, gdzie zakład ubezpieczeń jest uprawniony do żądania zapłaty składki przez ubezpieczającego i wykonania t. zw. obowiązku doniesienia, zaś ubezpieczający, względnie ubezpieczony, uprawniony jest do żądania wypłacenia sobie odszkodowania za poniesione straty lub wypłacenia sobie pewnej sumy jednorazowo lub w postaci renty”.

Z takiej definicji wynika, że umowa ubezpieczenia jest zobowiązaniem wzajemnem (dwustronnem): jedna strona — ubezpieczający — zobowiązuje się do zapłaty składki i do wykonania obowiązku doniesienia (chodzi tu prawdopodobnie o „Anzeigepflicht”, co jednak ma inne znaczenie i w każdym razie nie jest żadnem świadczeniem ze strony ubezpieczającego) — druga strona natomiast — zakład ubezpieczeń — jest obowiązana do wypłaty odszkodowania za poniesione straty lub do wypłaty pewnej sumy jednorazowo lub w postaci renty.

Nieścisłości w tej definicji jest dużo, których omówienie wymagałoby dłuższych wywodów. Zdaje sobie zresztą z tego sprawę autor, gdyż podaje na innem miejscu pewne uzupełnienie: „Zobowiązanie zakładu ubezpieczenia do wypłacenia umówionego odszkodowania lub umówionej sumy jest ustawowo warunkowe, — zależy od wpłacenia składki. Póki składka wpłaconą przez ubezpieczającego nie jest, póty zakład ubezpieczeń do żadnych świadczeń zobowiązany być nie może (o ile oczywiście w umowie inaczej nie jest postanowione, t. j. o ile zapłata nie została odroczona). W razie odroczenia składki warunkowość zaczyna się znowu od daty, kiedy odroczona składka była płatną. Mamy tu zatem do czynienia z warunkiem zawieszającym”.

„Wypłata odszkodowania zależy też od ziszczenia się drugiego warunku zawieszającego — od nastąpienia wypadku, przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Póki wypadek nie nastąpił, odpowiedzialność istnieje tylko w zasadzie. Natomiast po nastąpieniu wypadku odpowiedzialność przyjmuje kształty realne i tylko kwestje wysokości sumy tego odszkodowania mogą podlegać zmianom. Również i warunek rozwiązujący ma zastosowanie w umowach ubezpieczeniowych. Dla przykładu przytoczymy zobowiązanie zakładu ubezpieczeń pokrywania kosztów leczenia za ubezpieczonego. Z chwilą wyzdrowienia ubezpieczonego ustaje obowiązek wypłacania mu umówionych sum na koszta leczenia”.

„Zakładom ubezpieczeń zależy bardzo na tem, aby jaknajprędzej ubezpieczający został zawiadomiony o wystawieniu polisy, od tego bowiem z jednej strony zależy zapłata składki, z drugiej zaś strony, zwiększa się czas ryzyka ze strony zakładu ubezpieczeń, chociaż składka zapłaconą nie jest”.

Wprowadzenie obu warunków zawieszających — zapłaty składki, od której zależy zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłaty odszkodowania (mowa w ostatnim przytoczonym zdaniu o ponoszeniu ryzyka przed zapłatą składki widocznie polega na nieporozumieniu) oraz wypadku, przewidzianego w umowie ubezpieczenia, od którego zależy wypłata odszkodowania — nie jest jasne i nie wydaje się być usprawiedliwione. Przedewszystkiem uderza tu pewne pomieszanie pojęć. Zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłaty odszkodowania nie jest w tem ujęciu równoznaczne z odpowiedzialnością zakładu za wypadek szkody. Zapłata składki uzależnia powstanie tej odpowiedzialności, jak również zobowiązania wynikłego z istniejącej odpowiedzialności. Gdy tymczasem ze sformułowania p. Koliski możnaby przypuszczać, że z chwilą spełnienia warunku zawieszającego — zapłaty składki — przestaje być zawieszonem zobowiązanie do wypłaty odszkodowania skądinąd już płatnego. Nie przypuszczamy by autor tak myślał, taki sens wyniknął jednak z użycia terminu "zobowiązanie" zamiast „odpowiedzialność".

Nie zgadzamy się jednak zasadniczo z autorem omawianego artykułu. Uważamy, że normalna umowa ubezpieczenia nie zawiera warunków zawieszających (co innego warunki rozwiązujące) oraz, że wprowadzenie takich warunków do umowy ubezpieczenia przedstawiałoby poważne niebezpieczeństwa. Przyjmijmy na chwilę, że zapłata składki jest warunkiem zawieszającym. Data spełnienia tegoż zależy, w pewnym ograniczonym czasokresie, od ubezpieczającego. Jeżeli ta data jest późniejsza niż początek ubezpieczenia, figurujący w polisie, jak uzasadnić prawo zakładu ubezpieczeń do składki policzonej od początku ubezpieczenia? Jak uzasadnić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń mimo niezapłacenia składki następnej w terminie? Poważniejsze jeszcze kwestje wysuwają się przy przyjęciu, że wypadek szkody jest również warunkiem zawieszającym odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Rozumując konsekwentnie według definicji p. Koliski należałoby dojść do wniosku, że zakład ubezpieczeń otrzymując świadczenie w postaci zapłaty składki wzamian nic nie świadczy a tylko przyrzeka ewentualnie świadczyć w przyszłości, jeżeli zajdzie warunek zawieszający — wypadek szkody — który może się spełnić lub nie. Tymczasem tak nie jest.

Uważamy, zgodnie z rozpowszechnionym poglądem, że przy zawarciu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń otrzymując składkę wykonywa natychmiast ze swej strony świadczenie wobec ubezpieczającego. To natychmiastowe świadczenie nie jest niczem innem jak przyjęciem na siebie przez zakład ubezpieczeń ryzyka, które grozi ubezpieczającemu. Inaczej nazywa się to udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli na umowę ubezpieczenia spojrzy się z wyższego punktu widzenia t. j. w związku z ogółem umów ubezpieczenia zawartych przez dany zakład ubezpieczeń, zrozumie się, że ochrona ubezpieczeniowa jest takim samym towarem jak każdy inny (tylko abstrakcyjnym), który ma swoją cenę, pozostającą w związku z kosztami produkcji, i że oczywiście każde udzielenie ochrony ubezpieczeniowej musi mieć odpowiednik w postaci zwrotu kosztów jej wytworzenia. Wobec wprowadzenia pojęcia ochrony ubezpieczeniowej wypadek szkody traci całkowicie charakter warunku zawieszającego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za wypadek szkody, bo przecież odpowiedzialność ta mieści się

bez reszty w pojęciu ochrony ubezpieczeniowej, której jest właściwie główną i wyłączną zawartością.

Przyjmując, że ochrona ubezpieczeniowa jest towarem, załatwimy się również z rzekomym charakterem warunku zawieszającego zapłaty składki. Umowę ubezpieczenia, zdaniem naszem, można przyrównać do umowy o kupno - sprzedaż, w której jedna strona — zakład ubezpieczeń — zobowiązuje się sprzedać natychmiast swój produkt — ochronę ubezpieczeniową — za pewną cenę — składkę — a druga strona — ubezpieczający — zobowiązuje się kupić natychmiast ochronę ubezpieczeniową za zapłatę składki. Tak jak przy zwyczajnej tranzakcji kupna - sprzedaży kupujący nabywa towar po zapłaceniu ceny, tak samo i tu — ubezpieczający może otrzymać ochronę ubezpieczeniową dopiero po zapłaceniu składki. Znajduje to doskonałe odzwierciadlenie w obowiązującem na ziemiach polskich prawie ubezpieczeniowem, które postanawia, że ubezpieczający obowiązany jest do zapłaty składki za wydaniem polisy. Czyli wymiana ceny nabycia — składki i towaru — ochrony ubezpieczeniowej, usymbolizowanej polisą, musi się odbyć równocześnie, z ręki do ręki, przyczem jednak polisa otrzymana a nieopłacona nie zawiera ochrony ubezpieczeniowej.

Ponieważ umowa ubezpieczenia przewiduje natychmiastową sprzedaż i natychmiastowe kupno ochrony ubezpieczeniowej, ograniczonej umówionym terminem początkowym i końcowym, kupujący t. j. ubezpieczający musi płacić za tę właśnie umówioną ochronę ubezpieczeniową, t. j. w/g umówionych terminów, umówioną cenę — składkę. Jeżeli zatem zwlekał z zapłatą składki i uskutecznił ją w terminie późniejszym, to sam sobie winien, że ochrony ubezpieczeniowej nie wykupił zaraz, gdy tylko była dlań gotowa i że nie mógł z niej wcześniej korzystać. Zakład ubezpieczeń przedstawiając ubezpieczającemu ochronę ubezpieczeniową do natychmiastowego wykupienia jest uprawniony do żądania umówionej składki za tę właśnie ochronę (t. j. według umówionych terminów początkowego i końcowego) mimo, że z ochrony tej wskutek późniejszego wykupienia ubezpieczający może korzystać dopiero od daty wykupienia. Tem jaskrawiej występuje to na jaw w tych wypadkach (Biura Inkasowe), w których zakłady ubezpieczeń, by iść klienteli jak najdalej na rękę, przedstawiając ubezpieczającemu ochronę ubezpieczeniową do wykupna udzielają mu tej ochrony natychmiast na okres kilku dni nawet przed zapłatą składki, aby mu dać możność dokonania w tym terminie zapłaty składki i natychmiastowego, od chwili zawarcia umowy, korzystania z ochrony ubezpieczeniowej.

Poza tem uzasadnieniem prawnem wchodzą w grę decydujące momenty techniczne, których jednak omówienie wykracza poza ramy tego artykułu.

Zgodnie z tem, jak to reguluje słusznie ustawa niemiecka, a wbrew austrjackiej, zaskarżenie składki jest prawem wynikającem z umowy ubezpieczenia i jak przy kupnie - sprzedaży zaskarżenie o cenę nabycia nie powoduje automatycznie wręczenia zaskarżonemu w chwili skargi sprzedanego towaru, tak i tu zaskarżenie o składkę nie powinno powodować automatycznego udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Według definicji p. Koliski zaskarżenie o składkę byłoby antycypowanem spełnieniem się warunku zawieszającego i powodowałoby odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń.

Tak zatem zapłata składki będąc ceną nabycia ochrony ubezpieczeniowej nie ma w sobie właściwości jakiegokolwiek warunku zawieszającego.

Definicję umowy ubezpieczenia podaje również p. Dr. Z. Fendler w wydanym świeżo komentarzu do austrjackiej ustawy o kontrakcie ubezpieczenia. Zdaniem jego „umowa ubezpieczeniowa jest umową odpłatną, mocą której ubezpieczyciel obowiązuje się za opłatą premji bądź to ponosić ryzyko szkody, która wyniknie z powodu przyszłego niepewnego zdarzenia, bądź to wypłacić po upływie pewnego czasu ściśle określoną sumę pieniężną lub też rentę”.

Definicja ta nie wiele się różni od omówionej definicji p. Koliski. Wszystkie nasze zastrzeżenia tam poruszone mają i tu zastosowanie. Dochodzą jednak nowe. Pomijając, że definicja ta wprowadza pojęcia w niej ani nigdzie indziej przez autora nie sprecyzowane jak ubezpieczyciel, premja, lub nie dające się — zdaniem naszem — prawniczo zdefinjować pojęcie „ryzyka szkody”, należy zauważyć, że w tej definicji brak drugiej strony t. j. ubezpieczającego a co ważniejsze jego zobowiązania do zapłaty składki. Dlatego też należy uznać, że definicja ta jak i poprzednia, nie przedstawia dużego praktycznego znaczenia.

Wspomniawszy o pracy p. Dr. Z. Fendlera, pragnęlibyśmy jej poświęcić kilka uwag.

Każde pojawienie się nowej pracy w naszej ubogiej literaturze ubezpieczeniowej należy powitać z żywą radością, tembardziej gdy jak „Prywatne prawo ubezpieczeniowe” ma na celu zapełnienie dotkliwej luki. Pracę tę powitalibyśmy tem życzliwiej, gdyby zawierała także komentarz do pozostałych przepisów prawnych a nie tylko do austrjackiej ustawy, oraz gdyby autor zrewidował istniejące tłumaczenie ustawy austrjackiej i niemieckiej, które, pomijając, tę okoliczność, że zawiera niewłaściwą i między sobą sprzeczną terminologję, jest częstokroć niezrozumiałe a nawet błędne. Wskutek tego praca ta nie usuwa i nie usunie w praktyce potrzeby zaglądania do oryginalnych tekstów. Szkoda również, że nie podawano przy każdym artykule, czy tenże jest bezwzględnie wiążący dla zakładu ubezpieczeń, czy też pozostawia swobodę umowie. Tak z tego jak i powyższych powodów należy uznać, że posługiwanie się tekstem zawartych w pracy ustaw w praktyce, zwłaszcza sądowej, może być w wysokim stopniu utrudnione.

Mamy również poważne zastrzeżenia co do komentarza, w którym naogół autor opiera się na Ehrenzweigu, nie wahając się jednak miejscami wypowiadać i własnego zdania. Omówienie jednakże tych zastrzeżeń wymagałoby zbyt wiele miejsca, przekraczającego ramy niniejszego artykułu.

ORZECZNICTWO SĄDOWE.

ZAPŁATA SKŁADKI WEKSLAMI.

Powołując się na wyrok, zamieszczony w zeszycie 5-ym z roku 1933 Przeglądu w tej kwestji i w związku z rozważaniami, przytoczonemi w poprzednio umieszczonych na łamach Przeglądu artykułach, powracamy dziś do tej kwestji, a to w związku z dwoma faktami. Przedewszystkiem ogłoszony został polski Kodeks zobowiązań z terminem wejścia w życie z dniem 1 lipca 1934 roku na całym terenie Rzeczypospolitej. Przepisy tego kodeksu, jak to wynika z porównania tekstów Kodeksu Napoleona i Kodeksu zobowiązań, są prawie identyczne z przepisami, na których oparte zostały wyroki Sądu Najwyższego, zamieszczone tu w zeszytach 6 z 1932 roku i 5 z 1933 roku i dlatego w niedalekiej przyszłości wyroki te będą miały pełne znaczenie dla całego Państwa. Po drugie w Sądzie Apelacyjnym w dniu 18 lipca 1933 roku zapadł wyrok w sprawie rozstrzygniętej powołanym wyżej wyrokiem Sądu Najwyższego, który wymaga omówienia, bowiem idzie dalej, niż dotychczas znane wyroki i rozpatruje sprawę pod kątem widzenia zamiaru stron, zawierających umowę ubezpieczenia, dokonania odnowienia zobowiązania i przychodzi do wniosku, że skoro zakład ubezpieczeń w samej polisie stwierdza, że składka została zapłaconą, nie mówiąc nic o wekslach, to według Sądu z faktu tego należy przyjść do wniosku, że zamiarem jego było odnowienie zobowiązania.

Zanim zajmiemy się tym wyrokiem bliżej, zastanówmy się pokrótce nad pytaniem, co to jest odnowienie zobowiązania w świetle przepisów, na których oparte są wyroki dotychczasowe, a które, jak zaznaczyliśmy wyżej, w zasadzie pozostaną dalej, bowiem przez nowy kodeks polski przyjęte zostały.

Odnowienie zobowiązania następuje przez wygaśnięcie zobowiązania istniejącego z jednoczesnym powstaniem innego zobowiązania. Według Planiola warunki odnowienia zobowiązania są następujące: 1) istnienie długu, jaki ma ulec wygaśnięciu, 2) powstanie nowego długu, 3) różnica między temi zobowiązaniami, 4) zamiar stron odnowienia zobowiązania i 5) zdolność do zawierania umów.

1) Istnienie długu. Nie może ulec odnowieniu to, czego niema. Dlatego nie może naprzykład ulec odnowieniu zobowiązanie, które dotknięte jest nieważnością. Jeśli zatem odnowienie tyczy się zobowiązania nieważnego, to samo jest również nieważne i żadnych skutków prawnych za sobą nie pociąga dla przyjmującego na siebie obowiązki, z takiego zobowiązania wypływające.

2) Powstanie nowego długu jest również zasadniczym warunkiem odnowienia, bowiem, jeśli nowe zobowiązanie dla jakiegokolwiek powodu zostanie unieważnione, to stare zobowiązanie automatycznie powraca do swego znaczenia. Taka nieważność może być absolutna lub też powstać wskutek warunku zawieszającego.

3) Różnica między poprzednim i nowym zobowiązaniem musi istnieć i musi być wyraźna, bowiem novatio a novo nomen accepit. Inaczej mówiąc, musi nastąpić zmiana w którymkolwiek ze składowych czynników pierwotnego zobowiązania. Zmiany te mogą być następujące: a) zmiana

w osobie wierzyciela, b) zmiana w osobie dłużnika, c) zmiana przedmiotu dłużnego (naprz. zamiast obowiązku dostarczenia towaru, dłużnik przyjmuje na siebie obowiązek zapłaty określonej sumy), d) zmiana przyczyny zobowiązania (naprz. w zamian zaległego komornego dłużnik wystawia oblig i płaci odsetki, a więc zaciąga pożyczkę). Natomiast zmiana poszczególnych warunków umowy lub zabezpieczenia umowy nie może być uważana za odnowienie zobowiązania.

4) Zamiar stron odnowienia zobowiązania jest konieczny, w przeciwnym bowiem razie oba zobowiązania — stare i nowe — istnieć mogą równolegle i zawarcie drugiego żadnego wpływu na ważność pierwszego mieć nie będzie.

Zamiar ten musi wyraźnie z czynności stron wypływać. Nie ma tu konieczności, aby zamiar taki wyrażony był na piśmie, może bowiem i być milczącym, musi jednak być wyraźnym i sądy powinny istnienie zamiaru stwierdzić oględnie. Specjalnie, jeśli chodzi o zapłatę należności wekslami, Planiol stwierdza, że ogólne zdanie francuskich komentatorów jest, że danie wekslu nie jest odnowieniem zobowiązania, a jest tylko zastosowaniem specjalnego sposobu zapłaty. Dlatego kupiec, który otrzymał za towar weksle, zachowuje swe przywileje sprzedawcy do czasu, kiedy weksel wykupiony zostanie. Jurisprudencja francuska uznaje również, że przy wydaniu weksli procenty ustawowe, jakie mogą biec z mocy pierwotnego zobowiązania, biegną i nadal. W jednym tylko wypadku wydanie weksli może skutkować odnowienie, gdy łącznie z przyjęciem weksli wierzyciel kwituje dłużnika z odbioru należności bez żadnej wzmianki, że przyjęte zostały weksle. W tym wypadku sąd może dopatrzeć się zamiaru strony dokonania odnowienia zobowiązania.

Podobne zupełnie stanowisko w tej kwestji zajmował i dawny polski Trybunał (vide wyrok Cyw. 23 sierpnia 1871. D. 71. 1. 323) oraz zajmuje obecnie nasz Sąd Najwyższy.

5) Zdolność do zawierania umów konieczna jest zawsze przy przyjmowaniu na siebie zobowiązań.

Skutki odnowienia zobowiązania są następujące: wygaśnięcie jednego zobowiązania i powstanie nowego. Ten podwójny skutek wypływa z jednego aktu. Pojedyńczy skutek nastąpić nie może i w razie, jeżeli jeden z tych skutków nastąpić nie może, wówczas i nowacja miejsca mieć nie może.

Teksty wspomnianych kodeksów Napoleona i zobowiązań są następujące:

Kodeks Napoleona.	Kodeks zobowiązań.
1271. Odnowienie uskutecznia się w trojaki sposób: 1. Gdy dłużnik zaciąga względem wierzyciela swojego dług nowy, podstawiony w w miejsce dawnego, który zostaje umorzony.	263. Jeżeli dłużnik, w celu umorzenia zobowiązania, za zgodą wierzyciela zobowiąże się świadczyć co innego, niż był zobowiązany, albo choćby to samo, lecz z innej pdstawy prawnej, zobowiązanie wygasa przez odnowienie.

2. Gdy nowy dłużnik podstawiony jest w miejsce dawnego, którego wierzyciel zwalnia.
3. Gdy, na skutek nowego zobowiązania, nowy wierzyciel podstawiony jest w miejsce dawnego, względem którego dłużnik uwolniony zostaje.

1272. Odnowienie nastąpić może tylko między osobami, zdolnemi do zawierania umów.

1373. Odnowienie nie domniemywa się; trzeba, aby wola spełnienia go wyraźnie z czynności wypływała.

264. § 1. Odnowienie nie domniemywa się.
§ 2. Zmiany w zobowiązaniu, dotyczące jedynie czasu, miejsca lub sposobu spełnienia świadczenia, oraz zmiany w zabezpieczeniu, oprocentowaniu lub innych dodatkowych świadczeniach, jak również wystawienie nowego dokumentu, nie stanowią same przez się odnowienia.

265. § 1. Wydanie wierzycielowi wekslu lub czeku, opatrzonego wekslowo lub czekowo obowiązującym podpisem dłużnika lub innych osób, nie stanowi odnowienia, jeżeli tego wyraźnie nie umówiono.

Jak widzimy z zestawienia tych tekstów cała teorja o odnowieniu zobowiązań, odnosząca się do przepisów Kodeksu Napoleona, ma pełne zastosowanie do przepisów Kodeksu zobowiązań, z tą tylko różnicą, że w Kodeksie zobowiązań mamy już zupełnie wyraźnie i jasno rozstrzygniętą kwestję skutków przyjęcia weksli i czeków na pokrycie należności. Tutaj prawodawca nasz zajął najzupełniej słuszne stanowisko, że odnowienie zobowiązania w razie przyjęcia wekslu lub czeku może skutkować odnowienie zobowiązania tylko w jednym wypadku — jeżeli to wyraźnie umówione zostało. A więc żadne domniemanie w tym wypadku miejsca mieć nie może, ani też stwierdzenie zamiaru odnowienia nie może opierać się na faktach ubocznych. Odnowienie nie może powstać milcząco, a musi być wyraźnie, expressis verbis, w umowie postanowione.

Jeżeli teraz przejdziemy do rozważań kwestji odnowienia w dziedzinie interesującej nas, t. j. w kwestji przyjęcia weksli przez zakład ubezpieczeń na pokrycie składki ubezpieczeniowej, to niewątpliwie zupełnie jasnem się staje, że wyrok Sądu Apelacyjnego, który wywołał artykuł niniejszy ostać się nie powinien, a to ze względów następujących.

Przedewszystkiem, jak wspomnieliśmy już wyżej ,nowy nasz Kodeks zobowiązań niedługo już wejdzie w życie. Skoro według starych kodeksów sprawa ta nie daje się bez sporów rozstrzygnąć i trzeba się uciekać do tak niedostatecznych środków, jak domniemania, stwierdzania zamiaru stron i t. p., to jasnem jest, że sądy mają zupełne prawo w rozumowaniach swych oprzeć się na nowym kodeksie, który daną kwestję prawie identycznie ujmuje, jak kodeks dawny a jednocześnie usuwa istniejące obecnie wątpliwości. Skoro zatem nowy kodeks wyraźnie postanawia, że weksel tylko wówczas skutkuje odnowienie, jeśli to jest wyraźnie w umowie postanowione, to sądy, mając teorję francuską, poprzednią polską jurisprudencję i wyroki Sądu Najwyższego — wszystko idące najwyraźniej w tym samym

kierunku, co i nowy kodeks, nie powinny się już wahać i mogą zająć to samo stanowisko, a mianowicie, że nowacja zapłaty w danym wypadku nastąpić może tylko wówczas, gdy zakład ubezpieczeń wyraźnie oświadczy, że przyjmuje na siebie odpowiedzialność za wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczenia, jakkolwiek składka zapłaconą nie została, a pokryta jest wekslami.

Takie stanowisko jest słuszne jeszcze z jednego powodu. Sądy, stojące na stanowisku, że przez przyjęcie weksli na pokrycie składki ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń tem samem zgadza się na odnowienie zobowiązania, pomijają zawsze jedną zasadniczą okoliczność, — moment, w którym to odnowienie rzekomo ma miejsce. W kwestji przyjęcia weksli na pokrycie składki i wystawienia pokwitowania, mamy do czynienia z faktem jednoczesnego podpisania polisy i pokwitowania, a więc przyjęcie weksli i zawarcie umowy następuje jednocześnie. Powstaje więc pytanie zasadnicze: czy można dopatrywać się odnowienia tam, gdzie w samym zobowiązaniu — przy zawieraniu go — już strony przyjmują pewien specjalny sposób zapłaty? Wprawdzie żadne prawodawstwo nie mówi o tem, jak długo musi trwać zobowiązanie, aby można było spowodować jego zgaśnięcie przez akt odnowienia, ale sama nazwa tej instytucji prawnej wskazuje na to, że przecież zobowiązanie musi przedtem jakiś czas istnieć w pewnej postaci, a następnie dopiero może ulec odnowieniu. Tymczasem w tym wypadku sądy dopatrzyły się odnowienia w czynności, dokonanej przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, bowiem pokwitowanie, mające rzekomo świadczyć o zamiarze stron dokonania odnowienia, podpisane było łącznie z podpisaniem polisy. Gdyby ubezpieczony po pewnym czasie trwania umowy ubezpieczenia zwrócił się do zakładu ubezpieczeń z propozycją przyjęcia weksli zamiast składki i zakład zgodził się na to i przyjął weksle, to wówczas jeszcze możnaby dyskutować na temat, czy w świetle przepisów dawnego kodeksu można tu dopatrywać się zamiaru odnowienia, czy nie. Jeśli jednak podpisanie pokwitowania z przyjęcia składki nastąpiło jednocześnie z podpisaniem polisy, to nie można mówić o odnowieniu tego, co jeszcze nie istniało.

Jeśli teraz pod kątem widzenia tych rozważań zajmiemy się analizą wyroku Sądu Apelacyjnego, to niewątpliwie musimy przyjść do wniosku, że pomimo pozornej swej słuszności nie powinien on ostać się.

Wyrok ten, z dnia 18 lipca 1933 roku S. A. I. 1 Ac. 210/33, opiera się na motywach następujących.

W skardze powodowej powódka pozywa zakład ubezpieczeń i zasądzenie jej 1000 dolarów na tej zasadzie, że mąż jej, zmarły 15 września 1930 roku, zawarł z pozwanym zakładem ubezpieczeń w dniu 16 maja 1929 roku umowę ubezpieczenia na życie. Nie bacząc na śmierć ubezpieczającego pozwany zakład odmawia wypłaty odszkodowania. Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 29 kwietnia 1931 roku powództwo oddalił, natomiast Sąd Apelacyjny, wyrokiem z dnia 27 listopada / 11 grudnia 1931 roku zaskarżony wyrok uchylił i powództwo uwzględnił. Od wyroku tego pozwany zakład ubezpieczeń wniósł skargę kasacyjną i Sąd Najwyższy, wyrokiem z dnia 16 grudnia 1932 roku wyrok Sądu Apelacyjnego z powodu obrazy art. 711 U.P.C. uchylił, a to na tej zasadzie, że Sąd Apelacyjny, uznając, że przez doręczenie weksli przez ubezpieczającego uiszczona została składka ubezpieczeniowa, wniosku swego w tej właśnie kwestji należycie nie uzasadnił.

Sąd Apelacyjny po rozpatrzeniu wszystkich okoliczności sprawy oraz wszystkich dokumentów, po wysłuchaniu głosów rzeczników stron, zważywszy:

1) że dołączona do skargi powodowej polisa stwierdza, że między zmarłym mężem powódki a pozwanym zakładem ubezpieczeń zawarta została w dniu 16 maja 1929 roku umowa ubezpieczenia na życie;

2) że zgodnie z warunkiem tej umowy składka roczna za to ubezpieczenie wynosiła 55 dol. 30 c., płatnych w ratach miesięcznych po 4 dol. 89 cent.;

3) że na wspomnianej polisie znajduje się pokwitowanie z dnia 16 maja 1929 roku pozwanego zakładu ubezpieczeń z odbioru pierwszej składki rocznej za czas od 1 maja 1929 roku do dnia 1 maja 1930 roku w sumie 57 dol. 57 cent.;

4) że zamieszczone poza tekstem polisy z dnia 16 maja 1929 roku pokwitowanie ajenta z dnia 23 maja 1929 roku z odbioru 57 dol. 57 cent. wekslami nie narusza ważności i mocy wspomnianego pokwitowania pozwanego zakładu ubezpieczeń z dnia 16 maja 1929 roku wobec kategorycznego jego brzmienia, a zatem uzupełnia je w tym samym sensie, że strony umawiające się, a więc: pozwany zakład ubezpieczeń, wręczając bezwarunkowe i kategoryczne w swej treści pokwitowanie z odbioru pierwszorocznej składki ubezpieczeniowej, i ubezpieczający, który w następstwie i w związku przyczynowym z powyższem doręczył ajentowi-inspektorowi pozwanego zakładu ubezpieczeń weksle, wyraziły przez to niewątpliwy i wyraźny zamiar zniweczenia raz na zawsze pierwotnego zobowiązania ubezpieczającego do zapłaty składki pierwszorocznej i zaciągnięcia w związku przyczynowym z ustaniem tego zobowiązania nowego zobowiązania wekslowego, czyli spełnienia nowacji;

5) że Sąd Apelacyjny dopatruje się wyraźnego zamiaru stron odnowienia zobowiązania i ustala wyraźną w tym kierunku wolę stron również i w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia quaestionis, co widać z tych okoliczności, że w następstwie niezapłacenia weksli, płatnych 1 listopada i 1 grudnia 1929 roku, pozwany zakład ubezpieczeń, nie czekając zgodnie z p. 1 § 3 ogólnych warunków ubezpieczenia dni 30, po upływie kilku dni, bo 11 listopada i 9 grudnia 1929 roku wezwał ubezpieczającego do zapłacenia weksli i należności wekslowych a nie składek, z czego wynika, że należności tych nie traktował jako niezapłaconych składek ubezpieczeniowych, ale jako samoistne należności z weksli, wobec czego możliwość wcześniejszego upominania się wypływała nie ze składki ubezpieczeniowej, lecz z innego zupełnie tytułu, bo z weksli, których wymagalność była już nastąpiła; że okoliczność powyższa znajduje również potwierdzenie i w treści upomnień z dnia 11 listopada i 9 grudnia 1929 roku, w których zakreślono wyraz „składki", a nadpisano „weksla", że zawarta w tych listach zapowiedź rozwiązania umowy ubezpieczenia bynajmniej nie osłabia znaczenia pokwitowania z dnia 16 maja 1929 roku, bowiem wypowiedzenie umowy ubezpieczenia quaestionis z powodu niezapłacenia tych weksli nigdy nie nastąpiło i nastąpiło oni li tylko na zasadzie niezapłacenia składki za maj 1930 roku;

6) że w ten sposób Sąd Apelacyjny ustala, że z wystawienia pokwitowania i doręczenia weksli wypływa wyraźna wola stron zniweczenia pierwotnego zobowiązania ubezpieczającego do zapłaty składki za okres od

1 maja 1929 roku do dnia 1 maja 1930 roku i zaciągnięcia w związku przyczynowym z ustaniem tego zobowiązania nowego zobowiązania wekslowego zamiast poprzedniego, już wygasłego, zgodnie z treścią pokwitowania z dnia 16 maja 1929 roku;

7) że w tym stanie rzeczy nastąpiła zmiana przyczyny zobowiązania, podczas bowiem, gdy przyczyną zobowiązania pierwotnego jest wzgląd na wzajemne przyszłe świadczenia zakładu ubezpieczeń, przyczyną zobowiązania wekslowego jest zgaśnięcie pierwotnego zobowiązania do zapłacenia składki za pierwszy rok ubezpieczenia;

8) że w tym stanie rzeczy nowacja zobowiązania quaestionis jest ponad wszelką wątpliwość stwierdzona;

9) że przeto zobowiązanie pierwotne ubezpieczającego z umowy ubezpieczenia wypływające, Sąd Apelacyjny uważa za wygasłe ostatecznie i bezpowrotnie.

SPROSTOWANIE.

W cyfrach podanych w tabliczce 2-giej (str. 6 Nr. 6 Przeglądu Ubezpieczeniowego z 1933 r.) w artykule „Wyniki działalności zakładów ubezpieczeń w latach 1929 do 1932 w świetle cyfr'' zakradła się omyłka. Podajemy poniżej tabliczkę powyższą z cyframi poprawionemi.

Dział ubezp.	Zbiór składek w latach			
	1929	1930	1931	1932
	w 1000 złotych			
Ogółem . . .	232.714	231.027	206.186	169.258
Dział ogniowy. .	147.576	147.282	132.066	104.902
	w %% do ogólnego zbioru składki			
Dział ogniowy. .	63,4	63,8	64,1	62,0
